FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 391

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel RIMEY
de Plancher-Bas (Haute-Saône)

L'ACCOUCHEMENT

DANS LES

PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

LORSQUE L'ENFANT EST VOLUMINEUX

ÉTUDE STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE DEPUIS SA FONDATION

Président : M. PINARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A « MÈRE »

Profonde affection et reconnaissance.

A MES PARENTS

A MON GRAND-PÈRE
JEAN DESPOIR

(*In Memoriam*)

A MES AMIS

M. Rimey

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRÉFACE

Avant d'entreprendre ce travail, nous tenons à adresser l'hommage de notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres dans les Hôpitaux.

Nous n'oublierons pas ceux de l'Ecole de Médecine de Besançon qui nous ont enseigné les notions élémentaires et en particulier M. le professeur Mandereau dont nous avons été l'aide d'anatomie.

Nous remercions bien vivement nos maîtres de Paris de leur bonté pour nous.

M. le professeur *Kirmisson* qui a guidé nos premiers pas dans l'étude de la chirurgie infantile et dans la pratique de l'orthopédie.

M. le professeur *Hutinel* dont nous nous efforcerons de suivre l'excellent enseignement clinique dans le si difficile traitement des maladies des enfants.

Notre souvenir restera toujours attaché à notre bon maître, le professeur agrégé *Rénon*, qui nous a témoigné, au cours de nos études, une bienveillance toute particulière et ne nous a jamais ménagé ses affectueux conseils et son appui.

Nous tenons, plus spécialement, à adresser l'expression de notre vive reconnaissance à notre cher

maître, M. le professeur *Pinard*, pour tout le soin qu'il a pris à nous instruire dans l'art obstétrical pendant notre stage obligatoire. Il a bien voulu depuis nous honorer de quelque sympathie et nous attacher dans son service à titre d'externe.

C'est donc à lui que nous sommes redevable des connaissances pratiques que nous possédons et c'est grâce à sa bienveillance et sous l'œil éclairé de ses chefs de clinique que nous avons pu, à notre gré, durant les deux années où nous fûmes son élève, *feuilleter le grand livre de la nature*.

Nous nous souviendrons toujours de ses excellentes leçons cliniques et le prions d'agréer tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse.

M. le professeur agrégé *Couvelaire*, accoucheur des hôpitaux, auquel nous sommes redevable du sujet de cette étude, nous a maintes fois prodigué ses savants conseils, nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici nos sentiments de profonde gratitude.

L'ACCOUCHEMENT

DANS LES

PRESENTATIONS DU SIÈGE

LORSQUE L'ENFANT EST VOLUMINEUX

INTRODUCTION

Les accoucheurs se sont toujours accordés pour considérer la présentation du sommet comme la plus favorable, la plus heureuse, et la présentation du tronc comme la plus sérieuse et la plus compromettante pour la mère et pour l'enfant.

Sur la présentation du siège, les avis restent partagés depuis la plus haute antiquité. On a porté pour l'enfant un pronostic successivement grave et rassurant.

Notre maître, le professeur Pinard, dans son admirable *Traité du palper*, dit qu'en raison du pronostic, tous les efforts faits pour substituer une présentation du siège sont légitimes.

Mais la version par manœuvres externes n'est pas toujours possible.

Heureusement, la thérapeutique s'est sensiblement modifiée, la conduite tenue aujourd'hui n'est plus la

même, le mécanisme de l'accouchement mieux connu et mieux compris a permis de terminer plus rapidement l'extraction par le siège, en faisant courir à l'enfant et surtout à la mère des dangers beaucoup moins considérables.

Aussi avons-nous pensé qu'il serait peut-être utile de rechercher et de faire ressortir quel est, à l'heure actuelle, le pronostic de cette présentation pour la mère et pour l'enfant dans les cas particulièrement difficiles, c'est-à-dire *lorsque l'enfant est volumineux.*

Cette thèse a donc pour but d'exposer les résultats obtenus à la clinique Baudelocque dans les cas de présentations du siège avec enfants volumineux, et surtout de mettre en relief une opération qui mérite de prendre place dans la thérapeutique obstétricale dans ces cas particulièrement graves pour la mère et l'enfant, nous voulons parler de l'intervention par la voie haute.

Notre travail comprend :

1° Un premier chapitre dans lequel nous présentons un résumé historique de l'opinion des principaux accoucheurs, anciens et modernes, sur la question ;

2° Un second chapitre où nous exposons notre statistique et faisons connaître les résultats obtenus ;

3° Les observations des cas où l'on a dû pratiquer une intervention ;

4° Nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Une sorte de discrédit a longtemps régné sur la présentation du siège ; on peut citer en faveur de cette manière de voir le nom de *Partus Agrippinus* qui lui fut longtemps donné et qui, à ce que rapporte Pline avait pour origine le nom d'Agrippa, c'est-à-dire *in ægre partos*, donné aux enfants nés par le siège. L'imagination populaire elle-même s'était peu à peu emparée de ces données, et une superstition bizarre étayée sur les exemples d'Agrippa, Néron, Richard III d'Angleterre, etc., voulait que les enfants nés de la sorte fussent considérés comme dangereux non seulement pour eux-mêmes, mais encore pour leurs contemporains.

Les auteurs les plus anciens ont en effet reconnu pour le fœtus la possibilité de se présenter par le siège au moment de l'accouchement ; ils en ont aussi reconnu les dangers.

Hippocrate, qui ne reconnaît comme naturel que l'accouchement par le sommet, se méfie déjà de celui par le siège, il le condamne comme très fâcheux pour la mère et l'enfant : « Grave est si ita pedes pro-

cesserit et sæpe aut matres pereunt, aut pueri, vel ambo. »

Ce fut longtemps l'avis des accoucheurs qui, imbus de ces préceptes hippocratiques, firent rentrer ces accouchements dans la classe des dangereux et des laborieux.

Il nous faut arriver à Ambroise Paré pour voir diminuer la frayeur que provoquait cette présentation.

Le premier il rassure les matrones au sujet des cas de ce genre, leur apprenant que très souvent ces accouchements se terminent seuls :

« Or, l'enfantement naturel est quand la teste vient la première et suit ses eaux ; l'autre qui est moins bon et facile est quand il vient les pieds devant : tous les autres sont très difficiles. »

Cet avis d'Ambroise Paré ne fut pas longtemps partagé ; c'est d'abord Louise Bourgeois qui se borne à dire que lorsque l'enfant vient « le cul devant, il ne le faut laisser engager dans les os, car il faudrait qu'il vint en double, que serait un grand effort pour la mère et une merveilleuse contusion et froissure pour l'enfant. »

Puis Guillemeau qui, reniant les idées de son maître, range l'accouchement par le siège parmi les laborieux, parce qu'il se termine rarement par les seules forces de la nature et est très fâcheux pour l'enfant.

« Il y a trois façons de venir sur la terre : la première c'est la teste première et, lors la femme

accouche facilement ; la seconde est ou de costé, ou de travers, ou les pieds les premiers, et lors la mère accouche difficilement, car plusieurs y sont mortes, ou leurs enfants ou tous deux ensemble. »

Il redoute surtout l'absence de rotation de la tête, et par suite l'arrêt du menton contre la symphyse du pubis.

Mauriceau considère également l'accouchement par le siège comme dangereux, il le classe parmi les accouchements contre nature ; aussi, après avoir exposé les avantages de la présentation du sommet, écrit-il :

« Mais toute autre partie qui se présente la première dans l'accouchement le rend fâcheux et contre nature ; auquel cas il y a souvent grand danger pour la mère et pour l'enfant, et quelquefois pour tous deux, s'ils ne sont bien promptement et adroitement secourus. »

Il donne la raison de cette manière de voir lorsqu'il recommande de faire rapidement l'extraction.

« Observant aussi de le faire le plus promptement qu'il lui sera possible, de peur que l'enfant ne soit suffoqué comme il arriverait indubitablement s'il demeurait longtemps ainsi pris et arrêté, parce que le cordon de l'ombilic qui est au dehors était refroidi et fortement comprimé par le corps ou par la tête de l'enfant, qui reste trop longtemps dans le passage, l'enfant ne peut plus être vivifié par le moyen du sang de la mère dont le mouvement est arrêté dans ce cordon. »

La présentation du siège lui semble, malgré cela, plus favorable que celle de l'épaule à cause du voisinage des pieds qui permet d'extraire rapidement l'enfant.

Peu n'est guère moins pessimiste, il considère encore cet accouchement comme anormal et dangereux et pour la mère et pour l'enfant.

« Cet accouchement, outre les difficultés précédentes (nécessité d'employer certaines manœuvres pour le mener à bien), est encore assez souvent accompagné de deux inconvénients : l'un pour la mère, l'autre pour l'enfant : le premier est que la fente de la vulve se trouvant trop étroite et principalement dans un premier travail de cette nature, la peau de l'entrefesson (c'est-à-dire l'espace qui est entre la fourchette et l'anus) se casse en partie et se déchire quelquefois, en sorte que ces deux ouvertures n'en font plus qu'une. L'autre inconvénient pour l'enfant est qu'on ne peut guère détacher ses cuisses de la manière que j'ai dit, sans se mettre en danger de les rompre. »

En ce qui concerne l'accouchement par les pieds, il semble le considérer comme un peu plus avantageux :

« Il ne faut pas s'imaginer que le travail où l'enfant présente les deux pieds soit fort aisé, sous ombre qu'étant comme la règle à laquelle on ramène tous ceux qui sont mal situés, c'est autant d'avance quand la nature nous présente ces parties d'elle-même et nous épargne la peine de les chercher. Il est vrai que

c'est une espèce d'avantage pour ceux qui travaillent avec prudence et qui savent ménager le reste, mais c'est aussi l'occasion de fair bien des désordres pour beaucoup d'autres qui croient qu'il n'y a qu'à tirer à force, etc. »

Portal, au contraire, regarde l'accouchement par les pieds comme plus dangereux, il le redoute tout particulièrement, aussi donne-t-il le conseil suivant : « Lorsque l'enfant se présente par les pieds, la première chose qu'il faut faire est de lui conférer le baptesme. » En ce qui concerne au contraire l'accouchement par le siège, il se montre beaucoup plus optimiste que son contemporain.

» Pour l'ordinaire cet accouchement est long et néanmoins il est presque aussi facile que le naturel ; ce qui fait dire aux sages-femmes en commun proverbe que là où le cul passe, la teste y peut bien passer. »

Henry de Deventer ne semble pas considérer l'accouchement par les pieds comme défavorable :

« Quoique je parle de cette situation après toutes les autres, il s'en faut de beaucoup cependant que je la regarde comme la plus difficile et la plus dangereuse, au contraire je n'en trouve pas de plus commode et de plus sûre après l'accouchement naturel. »

Le pronostic qu'il formule sur l'accouchement par le siège est presque le même :

« Les enfants ainsi repliés dans une matrice droite sortent presque aussi aisément que s'ils présentaient la tête, soit que le ventre soit tourné en dehors ou

en dedans. Il est vrai que la femme souffre davantage parce que les fesses ainsi repliées sont plus grosses que la tête, mais aussi quand elles sont passées, la tête ne trouve plus rien qui l'arrête. »

A l'exemple de Guillemeau, il craint seulement l'arrêt de la tête contre la symphyse du pubis.

Pour les mêmes raisons que Deventer, Puzos envisage l'accouchement par le siège comme assez favorable pour le fœtus et pour la mère, il semble le préférer à celui par les pieds.

De La Motte revient tout entier aux idées d'Ambroise Paré, et pousse même l'optimisme jusqu'à préférer l'accouchement par les pieds à celui par le sommet.

« C'est cette situation (quoiqu'elle soit appelée par les auteurs contre nature) que l'on doit d'autant plus souhaiter qu'elle est l'unique qui assure dans le moment la fin de l'ouvrage, celle par laquelle l'on termine toutes les autres, et où l'on ne voit jamais l'enfant arrêté ou enclavé au passage pour peu que l'on use de prévoyance et que l'on suive les principes qui sont établis pour y réussir. Ce que je dis est si vrai et cette situation a tant d'avantages au-dessus de toutes les autres, qu'il périra 10 enfants dans les accouchements où ils présenteront la tête, contre un qui sera de peine lorsqu'ils se présenteront par les pieds. »

Il en donne lui-même une explication basée sur le mécanisme de l'accouchement :

« En effet l'enfant qui vient par les pieds est comme

un coin qui peu à peu élargit l'orifice de la matrice et prépare la sortie du bassin, de la poitrine, de la tête. »

Il reconnaît néanmoins que dans certains cas on éprouve de grandes difficultés pour l'extraction de la tête.

Son avis, en ce qui concerne la présentation des fesses est tout autre pour la mère et pour l'enfant ; « car quoiqu'il vienne quelquefois sans peine, il cause aussi souvent un accouchement long, difficile et non naturel ».

En Allemagne, Rœderer n'hésite pas à ranger la présentation de l'extrémité pelvienne parmi les accouchements difficiles et contre nature, il est malgré cela très optimiste : « Les anciens ont regardé cet accouchement comme très difficile, mais il n'a souvent rien de dangereux, lorsque les deux pieds se présentent ensemble, que l'accouchement a toutes les conditions requises pour le rendre favorable, et qu'il n'y a rien d'extraordinaire que la situation du fœtus. Il est rare que la nature seule termine cet accouchement, mais le chirurgien peut en venir aisément à bout en tirant l'enfant par les pieds. » L'accouchement par le siège lui semble aussi facile que celui par les pieds, pourvu que le bassin soit grand et le fœtus petit.

Le principal danger pour l'enfant, selon lui, serait la compression du cordon et les inspirations prématurées. Smellie insiste, lui aussi, sur la difficulté pour l'accouchement de se terminer seul dans la présen-

tation du siège, aussi le classe-t-il parmi les accouchements contre nature.

L'accouchement par les pieds lui semble la plupart du temps facile, mais dans l'accouchement par le siège :

« L'enfant est souvent en danger, et quelquefois même il périt, lorsqu'il présente les fesses et qu'il est descendu au fond du bassin, particulièrement si les cuisses sont si comprimées contre le ventre et le cordon ombilical, qu'elles y interceptent la circulation; il n'est pas moins en danger lorsque la tête reste engagée après que le corps est délivré. »

Aussi donne-t-il le conseil de terminer cet accouchement le plus rapidement possible.

Levret semble, avec de La Motte, considérer l'accouchement par le siège comme très avantageux, surtout lorsque les pieds se présentent les premiers, et à l'exemple de de La Motte encore, il s'appuie sur le mécanisme pour étayer son dire. On peut cependant, dit-il, éprouver de grandes difficultés pour l'extraction de la tête.

Partisan convaincu des idées d'Ambroise Paré, J.-L. Baudelocque n'hésite pas à ranger cet accouchement parmi les naturels, puisque, dit-il : « Il peut se terminer sans le secours de l'art dans la pluralité des cas. »

A l'exemple de ses prédécesseurs, il considère l'accouchement par les pieds comme plus favorable que celui par le siège, quoiqu'il soit, dit-il : « Si rare

qu'on ne puisse établir ses rapports avec celui où la tête se présente. »

Cet accouchement présente néanmoins pour l'enfant un certain danger.

« Le danger qui menace l'enfant lorsqu'il vient naturellement en offrant les pieds, est en raison de la compression plus ou moins forte et plus ou moins longue qu'éprouvent la poitrine, la tête et le cordon ombilical en travarsant les parties de la femme.

» Celui auquel il est exposé quand on fait l'extraction, en tirant sur ces mêmes extrémités, est de plus proportionné à l'extension forcée et au tiraillement de la moelle épinière. »

Il considère l'accouchement par les fesses comme dangereux, parce que non seulement il est plus long et plus difficile pour la mère, qui éprouve beaucoup de difficulté à se délivrer seule, mais aussi parce que le fœtus court en plus les mêmes dangers que dans l'accouchement par les pieds.

Avec M^me^ Lachapelle, la question du pronostic dans l'accouchement par le siège fait un grand pas ; la première, elle nous apporte une statistique exacte portant sur un nombre considérable d'accouchements par l'extrémité pelvienne ; la première, elle établit par des chiffres une comparaison avec la présentation du sommet :

« En jetant un coup d'œil sur la table énumérative des positions, annexée à ce volume, on verra que 804 présentations de l'extrémité pelvienne ont amené 102 enfants faibles, 16 enfants difformes ou abortifs,

115 enfants morts et 581 bien portants. La proportion des morts au total est donc de 1/7 environ. Sur 20.698 positions du vertex, il ne se trouve que 668 morts-nés, ce qui équivaut à 1/30 environ. On ne peut donc se dissimuler que les positions de l'extrémité pelvienne ne soient très fâcheuses pour le fœtus. »

Elle établit ensuite le pronostic relatif à chaque variété de présentation du siège et arrive aux chiffres suivants : « 1 mort sur 8 1/2 pour la variété dite des fesses ; 1 sur 6 1/2 pour celle des pieds et enfin 1 sur 4 1/2 pour celle des genoux ».

En ce qui concerne la mère, tout en reconnaissant que le siège mode des fesses s'engage plus difficilement, elle fait justice de l'opinion des auteurs qui considèrent cet accouchement comme favorisant les déchirures du col et le prolapsus utérin, et conclut en disant :

« En conséquence, je n'hésite pas à prononcer que les accouchements par les fesses ne sont pas en eux-mêmes aussi fâcheux qu'on l'a cru, et que dans la très grande majorité des cas, les seuls efforts de la nature suffisent à l'expulsion du fœtus. »

Elle regarde, entre des mains expérimentées, comme le plus simple et le plus heureux pour la mère, l'accouchement par les pieds, et se montre également très optimiste en ce qui concerne la position des genoux.

Quoique le travail soit plus long, Mme Boivin est d'avis de considérer l'accouchement par le siège

comme naturel, l'expulsion du fœtus se faisant la plupart du temps très facilement. Elle donne, à l'appui de cette manière de voir, une statistique faite à la maternité et d'après laquelle il résulte que : « Sur 611 présentations des pieds, des genoux et des fesses, 567 enfants sont nés naturellement ; 44 seulement ont eu besoin des secours de l'art ; dans la plupart de ces derniers, le travail était accompagné d'accidents graves. »

Velpeau nous apporte aussi une statistique indiquant la mortalité fœtale, et ne croit pas que l'on doive, à l'exemple de Baudelocque, ranger cet accouchement parmi les naturels : « De l'aveu de tous les accoucheurs, l'enfant vient bien plus souvent mort dans l'accouchement par le pelvis que dans l'accouchement par le sommet. A la maternité de Paris, sur 804 enfants expulsés de cette manière, 581 seulement sont nés bien portants, tandis que sur un total de 698 positions du ventre, il n'y a eu que 68 mort-nés. »

Il attribue, en partie, les dangers que court le fœtus : à la compression du cordon, aux inspirations prématurées, à la distension de la moelle.

Dugès nous fournit à peu près les mêmes chiffres que Mme Lachapelle :

« D'après les relevés exacts d'un grand nombre de faits, il résulte que les positions de l'extrémité pelvienne sont bien moins avantageuses que celles du vertex, soit en isolant les accouchements spontanés des artificiels (1 sur 57), soit en les confondant, ce qui rend la proportion encore un peu plus défavo-

vorable. On observe alors sur 7 enfants, 1 mort, 1 douteux et 5 vivants et bien portants. »

A l'encontre de Baudelocque, de Mme Lachapelle et de la plupart des auteurs, il considère l'accouchement par le siège mode des fesses comme plus défavorable pour le fœtus, dont il attribue la mort dans ce cas à l'hémorragie cérébrale.

Quant à la mère, malgré la longueur du travail dans cet accouchement, il est rare, dit-il, qu'il en résulte des suites fâcheuses.

Nægelé diffère totalement de ses prédécesseurs, en ce qui touche le pronostic de l'accouchement par le siège relativement à la mère. Il le considère comme très favorable :

« Souvent même, il la fatigue moins que celui qui se fait par la tête ; c'est, du moins, ce que déclarent habituellement les femmes qui ont déjà accouché des deux façons. »

Il formule, au contraire, un pronostic très défavorable en ce qui touche l'enfant, par suite des dangers auxquels l'expose la compression du cordon au cours de l'accouchement. Il se prononce en faveur de la présentation des fesses sur celle des pieds.

Paul Dubois fait jouer un très grand rôle aux mouvements inspiratoires prématurés qui occasionnent la mort du fœtus, mouvements qui ne surviennent, dit-il, que lorsque la tige funiculaire est comprimée, ou le placenta décollé prématurément. Il donne le résultat d'une statistique faite par lui à la maternité, et d'après laquelle 231 accouchements

ont eu lieu par le siège, 21 enfants sont morts, ce qui donne une proportion de 1/11.

Neuf mille huit cent trente-sept enfants, au contraire, sont nés par le sommet, 151 sont morts pendant le travail, ce qui fait à peu près 1/51 ou 1/52.

Hubert de Louvain regarde cette présentation comme normale et se borne à dire :

« Que la mortalité fœtale dans l'accouchement par le pelvis est, à peu de chose près, la même que dans l'accouchement par la face. Dans les deux cas, le danger est plus grand chez les primipares. »

Moreau considère que cet accouchement se termine généralement sans les secours de l'art, il reconnaît néanmoins qu'il constitue un danger pour le fœtus :

« Pendant longtemps, les présentations de l'extrémité pelvienne ont été rangées parmi les accouchements qui exigent l'intervention de l'art. Cependant, l'expérience démontre que l'opinion sur laquelle ce précepte repose manque de fondement, car, sur 2.000 accouchements par l'extrémité pelvienne, observés à l'hospice de la Maternité, 82 seulement ont exigé des secours, savoir : 57 sur 1.214 présentations des fesses, 25 sur 772 présentations des pieds ; tous les accouchements par les genoux s'étant effectués seuls. »

Puis il ajoute :

« Que le travail est plus lent, plus pénible, plus dangereux pour l'enfant. Aussi, la proportion des morts aux vivants est-elle beaucoup plus forte dans

ces circonstances qu'en toute autre. Sur 790 accouchements spontanés, par l'extrémité pelvienne, il y a eu 101 morts, tandis que sur 20.567 par le vertex on n'en a pas compté au delà de 635. Si l'on joint à cela qu'outre ces 101 morts, les 790 cas ont fourni 98 enfants de constitution faible et 16 abortifs, on sera obligé de reconnaître que les accouchements par l'extrémité pelvienne, bien que susceptibles d'être accomplis par les seules forces de la nature, sont plus désavantageux que ceux par le sommet. »

Il attribue la mort des enfants à la compression du cordon, et à des lésions du côté du foie, du cœur et des principaux organes splanchniques, sous l'influence du refoulement du sang et de la compression du tronc.

Chailly Honoré admet, comme Paul Dubois, que la compression du cordon est la principale cause de la mort du fœtus, et redoute plus à ce point de vue l'accouchement par le siège complet que par le siège décomplété ; ce dernier, par suite de la dilatation considérable qu'il fait subir au col, permettant de terminer plus rapidement l'accouchement :

« En effet, comme c'est dans le deuxième temps de l'accouchement que le cordon peut être comprimé, plus ce deuxième temps sera rapide, moins il y aura de chance pour que la compression du cordon soit fatale à l'enfant. Les relevés statistiques prouvent surabondamment la vérité de cette assertion. Dans la présentation complète de l'extrémité pelvienne, la vie de l'enfant est moins compromise que dans celle

des fesses, celle-ci est plus favorable que celle des genoux ou des pieds. »

Cazeaux, à l'exemple de Nœgelé, tout en reconnaissant que le travail est plus long, mais la période d'expulsion plus courte, semble se prononcer en faveur de cet accouchement relativement à la mère : « Pour la mère, donc, l'accouchement est peut-être plus favorable dans les présentations podaliques que dans celles du vertex, j'ajouterai qu'il est certainement plus heureux pour elle que dans les présentations de la face. »

En ce qui concerne le fœtus, le pronostic est plus grave, selon lui, chez les primipares que chez les multipares.

« La résistance du périnée, qui suffit quelquefois chez les primipares pour arrêter le travail dans les présentations du sommet, est ici d'autant plus puissante pour arrêter la tête, que les contractions utérines sont plus faibles. »

Comme causes susceptibles de provoquer la mort du fœtus, il reconnaît les mêmes que Dubois et Chailly et s'étend particulièrement sur le décollement du placenta : « Il n'est même pas nécessaire que le placenta soit décollé, et suivant la remarque de Van Huevel, pour peu que l'arrêt de la tête dans l'excavation se prolonge, il suffit du retrait de la matrice sur elle-même pour gêner, arrêter la circulation utéro-placentaire et faire mourir le fœtus par asphyxie. »

Joulin se range à l'avis de Dubois et considère

l'accouchement par les fesses comme plus favorable pour le fœtus que l'accouchement par les pieds, il regarde néanmoins ces deux accouchements comme très désavantageux :

« En classant parmi les vivants ceux qui sont nés en état de souffrance, la proportion des morts est encore de 1 sur 6 ou 7. »

Il fait aussi résider la cause des dangers que court le fœtus, dans les troubles de la circulation placentaire, il exagère peut-être même un peu lorsqu'il dit :

« L'accouchement par le siège s'accompagne constamment d'une procidence du cordon ombilical, et nous verrons plus tard les dangers qui résultent de cette procidence.

L'accouchement par le siège est pour lui plus défavorable chez les primipares que chez les multipares.

Jacquemier s'appuie sur 2.000 accouchements par l'extrémité pelvienne n'ayant nécessité que quatre-vingt-deux fois une intervention, pour dire qu'il se termine presque toujours par l'expulsion spontanée du fœtus. Pour la mère, cet accouchement, malgré la longueur plus considérable du travail, n'est que peu désavantageux.

Les causes qu'il invoque comme susceptibles de déterminer la mort du fœtus sont les mêmes que celles énoncées par Joulin.

Le professeur Depaul, dans ses *Leçons de clinique obstétricale*, insiste tout particulièrement sur la lon-

gueur du travail dans cette présentation, et les conséquences fâcheuses qu'elle peut avoir pour la mère et l'enfant.

L'arrêt de la tête par le col insuffisamment dilaté, la rupture prématurée des membranes fréquente, dit-il, au cours de cet accouchement, doivent être considérés avec la compression du cordon comme autant de causes de la mort de l'enfant.

Pour Karl Schrœder, cet accouchement est particulièrement à redouter pour le fœtus qui peut y trouver la mort du fait de la compression du cordon, du décollement prématuré du placenta.

« En ce qui concerne la mère, au contraire, le pronostic des présentations de l'extrémité pelvienne est dans les conditions normales le même que dans les présentations du sommet. »

Playfair exprime une opinion analogue sur le pronostic relatif à la mère, il insiste cependant sur la plus longue durée du travail. Il est au contraire très pessimiste en ce qui concerne l'enfant :

« Churchill estime que la mortalité est beaucoup plus élevée, un mort sur trois ou cinq des naissances, mais cette statistique donne un nombre de mort-nés plus considérable que celui qui ressort de la pratique de la plupart des accoucheurs, plus grand surtout qu'il ne serait si les cas étaient convenablement traités. Malgré tout, il ne peut y avoir de doute que les risques de l'enfant sont énormes, même dans les circonstances les plus favorables. Et si l'enfant ne meurt pas, il peut être gravement lésé. »

Hégar donne comme chiffre de la mortalité fœtale 35 o/o de mort-nés.

5 o/o de morts le premier jour après la naissance. Signalons aussi en passant l'opinion d'Hecker, d'après lequel le nombre d'enfants qui succomberaient du fait de la présentation du siège s'élèverait à 22 o/o.

Tarnier considère le travail comme plus long, aussi, en ce qui concerne la mère, regarde-t-il cet accouchement comme moins favorable que celui par le sommet.

Relativement à l'enfant, l'accouchement par le siège, surtout par le siège décomplété mode des fesses, lui paraît surtout à redouter. Il indique comme causes favorisant la mort du fœtus, la compression du cordon et le décollement prématuré du placenta.

Pour Ribemont et Lepage enfin, la morbidité maternelle est un peu plus élevée dans les présentations du siège que dans celles du sommet ce qui tient, d'une part, à ce que la nécessité de l'intervention manuelle dans ces sortes d'accouchements augmente les chances d'infection (Pinard), d'autre part à ce qu'entre des mains maladroites, la présentation du siège peut être, au moment de l'extraction du fœtus, l'origine de graves désordres du côté des organes maternels, rupture du col, déchirure du segment inférieur et du périnée.

Le fœtus, lui aussi, court de grands dangers résultant de la compression du cordon, du décollement du placenta. Ils indiquent comme représentant la

mortalité fœtale les chiffres donnés par Porak :

Un enfant mort sur neuf pour les primipares.

Un sur trente pour les multipares.

Vis-à-vis des opinions formulées par les différents auteurs, nous demandons la permission de placer maintenant les chiffres qui résument le travail de statistique auquel nous nous sommes livré, sur les observations de la clinique Baudelocque depuis sa fondation jusqu'à la fin de 1911.

CHAPITRE III

STATISTIQUE

Sur un total de : *45.255* accouchements ayant eu lieu à la clinique Bandelocque du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1911, et où le fœtus s'est présenté de diverses façons, nous avons pu recueillir *1302* observations de présentation de l'extrémité pelvienne se répartissant en :

643 primipares
et 659 multipares

Nous ne nous occuperons dans notre étude que des enfants pesant plus de 3.500 grammes à la naissance. Ce chiffre, que nous nous sommes fixé comme limite inférieure de nos recherches, est certainement tout arbitraire, mais il nous a paru être celui qui répondait le mieux à l'épithète de gros enfant ou d'enfant volumineux, puisqu'il est généralement admis dans tous les traités d'accouchement qu'un enfant normal, à terme, pèse de 3.250 à 3.500 gr.

Il est d'autre part facile à comprendre qu'un fœtus de plus de 3.500 grammes présente un obstacle de

plus en plus grand à opposer à la résistance propre des parties maternelles, au fur et à mesure que son volume croît.

Il semble qu'il doive s'ensuivre des déchirures simples ou des délabrements complets du plancher périnéal si le fœtus est de plus en plus volumineux, tandis que la sangle périnéale est de moins en moins souple et peu dilatable. *Nous verrons que c'est l'exception.*

Nous avons cru inutile et fastidieux de réunir ici les 166 observations d'enfants volumineux se présentant par le siège, que nous avons recueillies ; nous nous sommes contenté d'en indiquer les numéros correspondant au registre de la clinique Baudelocque et le résumé rapide donnant la présentation et le poids de l'enfant.

Nous nous bornerons à citer, au cours de l'exposé que nous allons entreprendre, celles d'entre elles qui ont présenté quelque particularité importante à noter et qui, à propos de la thérapeutique employée, tendent à ouvrir un jour nouveau dans la pratique des accouchements des gros enfants se présentant par l'extrémité pelvienne.

Résultats fournis par notre statistique

Sur les 165 accouchements par l'extrémité pelvienne d'enfants volumineux que nous avons pu rassembler :

50 ont eu lieu chez des primipares
115 ont eu lieu chez des multipares

Au point de vue des variétés, nous avons eu affaire chez les *primipares :*

A 12 présentations du siège complet.
A 38 présentations du siège décomplété mode des fesses.

Chez les *multipares :*

A 52 présentations du siège complet.
A 63 présentations du siège décomplété mode des fesses.

L'accouchement spontané a eu lieu *huit* fois chez des primipares dans la présentation du siège complet et *quarante et une* fois chez les multipares dans la même présentation ; *vingt-sept* fois dans les cas de siège décomplété pour les primipares et cinquante fois pour les multipares. Il est important à noter que chez les primipares depuis 1905, il y a eu 11 fois introduction préalable d'un ballon de Champetier dans le vagin pour préparer la voie au fœtus, en dilatant le bassin mou.

On n'en a introduit que 2 chez les multipares.

On a procédé à l'accouchement artificiel chez 1 primipare dans la présentation du siège complet et chez 10 primipares dans la présentation du siège décomplété mode des fesses.

Quant aux multipares, l'extraction du fœtus a été faite *sept* fois dans les cas de siège complet, et *treize*

fois dans les cas de siège décomplété mode des fesses.

On a pratiqué la basiotripsie sur tête dernière, une fois chez les primipares, le siège se présentant complet et une fois le siège étant décomplété. On ne l'a pas pratiquée chez les multipares.

La craniotomie a été faite une fois chez une primipare, l'enfant étant en présentation de siège complet, et deux fois chez des multipares pour la même présentation.

L'opération de Porro a été pratiquée une fois chez une primipare dont l'enfant se présentait par le siège complet et deux fois chez des multipares pour la même présentation.

L'opération césarienne conservatrice n'a pas été faite une seule fois.

On a provoqué une seule fois une légère déchirure des commissures du col chez une primipare dans la présentation du siège complet et une déchirure du périnée chez une autre dans la même présentation, chez une troisième primipare on a constaté également une déchirure du périnée, chez une autre une déchirure complète du rectum sur 4 centimètres et chez une autre enfin une déchirure qui a nécessité trois points profonds au catgut et trois points superficiels au crin. L'enfant se présentait par le siège décomplété mode des fesses.

Au point de vue de la mortalité maternelle, deux femmes sont mortes : une est morte à la suite d'une rupture utérine suivie d'hystérectomie.

Nous reproduisons plus loin son observation 1805.

Une autre (obs. 1963) est morte également quatre jours après une opération de Porro qui avait permis d'extraire un fœtus vivant du poids de 3.530 grammes.

Malheureusement, cet enfant meurt également quatre jours après sa naissance.

La mortalité fœtale est par contre plus considérable, on note en effet 29 décès sur un total de 165 enfants.

Sur ces 29, 26 sont morts au cours du travail et 3 autres sont morts après l'accouchement, 1 le troisième jour, l'autre le sixième jour et enfin le dernier le quatrième jour après sa naissance.

Chez les primipares, 1 enfant présentait de la paralysie du membre supérieur gauche avec contracture, il est mort.

Un autre est né étonné et est sorti vivant.

Deux autres ont présenté de l'ophtalmie légère qui a été traitée.

Un avait une fracture transversale de l'occipital, l'autopsie ayant été pratiquée, on a constaté un épanchement intracranien et une hémorragie de la capsule surrénale gauche.

Un autre, mort au cours du travail présentait de la brièveté acquise du cordon. On constatait également un céphalématome de la région occipitale. Il est à remarquer que tous ces enfants se présentaient par le siège décomplété mode par fesses.

Chez les *multipares*, 1 enfant est né étonné, 1 autre, né étonné également, présentait de plus une fracture du fémur gauche, 1 a présenté un céphalématome de la région occipitale le deuxième jour.

Enfin 1 enfant né en état de mort apparente a pu être ranimé au bout de 1 h. 1/2 de soins et est sorti vivant.

Ici encore les enfants se présentait par le siège décomplété mode des fesses.

Dans la présentation du *siège complet* chez les *multipares* on note : 1 enfant né avec une paralysie brachiale gauche est sorti guéri.

Enfin 1 enfant est né avec de l'atrophie du membre inférieur droit atteint de paralysie infantile.

On voit donc par cet aperçu que la présentation du siège est loin d'être favorable aux enfants volumineux.

Voici maintenant le résumé des observations année par année :

Année 1890

Total des accouchements : 1244.

Présentations du siège : 43.

Primipares : 23.

Multipares : 20.

Enfants volumineux : 0.

Année 1891

Total des accouchements : 1654.

Présentations du siège : 32.

Primipares : 22.

Multipares : 10.

Enfants volumineux : 1.

Obs. 739. — Vingt-cinq ans, II-pare, à terme. S. décomplété mode des fesses. Poids : 3.720 grammes. Vivant. Hydramnios).

Année 1892

Total des accouchements : 1834.

Présentations du siège : 38.

Primipares : 20.

Multipares : 18.

Enfants volumineux : 8.

Primipares : 2. Deux présentations. S. décomplété mode des fesses.

Obs. 170. — Terme, mode des fesses, spont. à D. C., 24 h. 40′, f. fœt., 30′, déliv. nat., 38/7. T. n. Vivant. Poids : 3.600 grammes.

Obs. 1685. — Terme, mode des fesses, spont. avant D. C. Manœuvre de Champetier. Extraction difficile de la tête. Vivant. Poids : 3.500 grammes.

Multipares : 6.

Obs. 811. — III-pare, trente et un ans, à terme, D. mode des fesses, rupt. artif. à D. C., 8 h. — 15′, face fœtale, 25′, spont. 25/10. T. n. Vivant. Poids : 4.070 grammes.

Procidence du cordon. Introduction d'un ballon Champetier. Extraction du siège.

Obs. 428. — Vingt et un ans, III-pare, à terme, complet G A, art. à D. C., 9 h. 15, 45′, f. fœt., 30′. Nat., 30/15. N. Vivant. Poids : 3.700 grammes.

Enfant né étonné, ranimé.

Obs. 716. — Vingt-huit ans, III-pare, à terme, mode des pieds, art. à D. C, 6 h. — 5′, f. fœt., 1 h. 30. Nat., 35/10. N. Vivant. Poids : 3.500 grammes.

Relèvement des bras sur les côtés de la tête.

Obs. 856. — Vingt et un ans, II-pare, à terme complet G. T., sp. à D. C., 14 h. — 45′, f. fœt., 45′. N., 19/11. N. Vivant. Poids : 3.520 grammes.

Obs. 1218. — Trente-quatre ans, V-pare, à terme, mode des fesses, sp. à D. C., 5 h. 15, 15′, f. utér., 1 h. Nat., 31/9. N. Vivant. Poids : 3.530 grammes.

Obs. 1628. — Trente ans, II-pare, à terme, m. des fesses, art. à D. C., 3 h. 15, 15′, f. fœt., 30′. Nat. Vivant. Poids : 3.500 grammes.

Abaissement prophylactique d'un pied.

Extraction difficile de la tête.

Année 1893

Total des accouchements : 1920.

Présentations du siège : 40.

Primipares : 22.

Multipares : 18.

Enfants volumineux : 6.

Primipares : 3.

Obs. 1186. — 37 ans, 9e mois, décomp. mode des fesses, hâtive, 29 h.?? 1 h. 10, artif.? 38°1. Vivant. Poids : 4.220 grammes. Bassin rétréci, 38°1 le 4e jour. Mort de l'enfant trois jours après la naissance. Paralysie du membre supérieur gauche avec contracture. Congestion pulmonaire. Ecchymoses sous-pleurales.

Obs. 1520. — 21 ans, à terme, complet, art. à D. C., 9 h., 1 h. ? 15', artif.,déchirées.N. Vivant. Poids:3.880 grammes. Malformation utérine.

Obs. 1540. — 23 ans, à terme, déc. m. des fesses, hâtive, 19 h. 40, 25', f. fœt. 40' N. 8/28, 37°6. Vivant. Poids : 3.510 grammes. V. 1 fois 37° 6,

Multipares : 3.

Obs. 1337. — 36 ans, VI-pare, 8 à 9 mois, complet, prématurée, 11 h. 45', f. fœt., 35'. N. 11/34. N. Vivant. Poids : 3.780 grammes. Tumeur du cul-de-sac latéral droit ayant nécessité une ponction aux 3e et 4e accouchements, n'a pas gêné pour l'extraction.

Paralysie radiculaire du bras gauche guérie à la sortie.

Obs. 1526. — 29 ans, V-pare, à terme, décomp. mode des fesses, hâtive, 6 h. 30, 15', f. fœt., 35'. N. déchirées. N. Vivant. Poids : 3.860 grammes. Né étonné,crie au bout de quelques minutes.

Obs. 1647. — 31 ans. II-pare, à terme, décomp. mode des fesses, art. au cours du travail. 18 h. 35, 15'. f. fœt., 40'. N. déchir. 37° 6 le 3e jour. Vivant. Poids : 3.820 grammes.

Hémorragie au 2e mois : insertion vicieuse du placenta.

Année 1894

Total des accouchements : 2139.

Présentations du siège : 42.

Primipares : 21

Multipares : 21.

Enfants volumineux : 3.

Primipares : 1.

Obs. 2139. — A terme, G. T. mode des fesses, précoce ??? Immédiate mort. Poids : 4.180 grammes. Rétrécissement du bassin. Enfant mort pendant l'extraction. Basiotripsie tête dernière.

Multipares : 2.

Obs. 1737. — XVI-pare, à terme, complet, art. c. du trav., 21 h., 9', f. fœt., 35'. N. Déchirées. N. Mort. Poids : 3.720 grammes.

Rupture des membranes faite par une sage-femme en ville. L'enfant n'a pu être ranimé. Hémorragie méningée et pleurésie des deux sommets.

Obs. 1889. — VIII-pare, à terme, complet, tempestive, 9 h., 16', f. fœt., 40', N. 9/25. N. Vivant. Poids : 3.850 grammes.

Année 1895

Total des accouchements : 2080.

Présentations du siège : 46.

Primipares : 27.

Multipares : 19.

Enfants volumineux : 4.

Primipares : 3.

Obs. 252. — A terme, G. T. mode des fesses, prématurée, 7 h. 25', f. fœt. 45'. N. 7/27. N. Vivant. Poids : 3540 grammes. Hémorragie un mois avant l'accouchement. Abaissement du pied.

Obs. 1064. — Terme, G. A., mode des fesses, prématurée, 2 h. 30', bord, 55', expression, 12/30. N. Vivant. Poids : 3.850 grammes.

Obs. 1632. — Terme, mode des fesses, prématurée, 10 h. 25', 1 h. 15, f. fœt. 35'. N. 8/30. N. Vivant. Poids : 3.500 grammes.

Multipares : 1.

Obs. 1727. A terme, D. P. mode des fesses, prématurée, 41 h. 50', f. fœt. 40'. N. 5/33. N. Vivant. Poids : 3.575 gram.

Année 1896

Total des accouchements : 2270.

Présentations du siège : 38.

Primipares : 20.

Multipares : 18.

Enfants volumineux : 5.

Primipares : 1.

Obs. 272. — A terme. Décomplété, mode des fesses, tempestive, 9 h. 30, 1 h. Bord ; 1 h. N. 7/20. N. Vivant. Poids : 4.180 grammes, né étonné.

Multipares : 4.

Obs. 738. — II-pare. A terme, G. T., mode des fesses, art. à D. C., 3 h. 15', f. fœt., 20', spont. 9/26. N. Vivant. Poids : 3.650 grammes.

Obs. 1467. — III-pare. A terme, G. A. mode des fesses, prématurée, 16 h., 3 h. 50, bord ; 30'. Expression, 7/31. N Vivant. Poids : 4.400 grammes.

Sur la partie latérale gauche du cou du fœtus, empreinte de l'épaule.

Obs. 1701. — II-pare ? G. P. mode des fesses, art. à D. C. 4 h. 20, 5', bord ; 15'. N. 7/32. N. Vivant. Poids : 3.500 gr.

Obs. 1801. — II-pare. A terme. D. P., mode des fesses, tempestive, 8 h. 25', 25', f. fœt. 1 h. 10. N. Rétention, t. 37°5 à 38. Vivant. Poids : 3.660 grammes.

Ophtalmie purulente de l'œil droit.

Année 1897

Total des accouchements : 2314.

Présentations du siège : 65.

Primipares : 29.

Multipares : 36.

Enfants volumineux : 10

Primipares : 3.

Obs. 430. — A terme, complet, art. à D.C, 14 h., 2 h. 30, f. fœt., 40′. N. 8/32. N. Vivant. Poids : 3.780 grammes.

Obs. 1314. — A terme, G. T. mode des fesses, précoce, 25 h., 1 h. 10, bord., 1 h., express. rétention. N. Vivant. Poids : 3.900 grammes, ophtalmie légère.

Obs. 1858. — A terme, G. T. complet, précoce, 10 h. 45, — 45′ f. fœt., 45′, spont. 4/26. N. Vivant. Poids : 3.950 grammes.

Multipares : 7.

Obs. 390. — VI-pare, à terme, G ? tempestive ?? face fœt., 45′. N. 13/23. N. Vivant. Poids : 3.670 grammes, né étonné, abaissement du pied. Fracture du fémur gauche.

Obs. 1004. — III-pare, à terme, G.A. mode des fesses tempestive, 16 h. 45′, f. fœt. immédiate. Spont. Déchir. N. Vivant. Poids : 3.720 grammes.

Céphalhématome de l'écaille de l'occipital paraissant deux jours après l'accouchement.

Obs. 1278. — III-pare, à terme, G. T. mode des fesses, tempestive, 13 h. 20. 1 h. 20 ? 10′, artif., 38°2. Vivant. Poids : 3.600 grammes.

Utérus fibromateux, abaissement du pied antérieur. Délivrance artificielle immédiate.

Obs. 1302. — II-pare, à terme, G. A. mode des fesses, prémat. 8 h. 30,25′, f. fœt. 10′, spont. 10/32. N. Vivant. Poids : 4.300 grammes.

Obs. 1704. — III-pare, à terme, D. complet, précoce ??, f. fœt. 30′. N. 10/29. N. Vivant. Poids : 3.630 grammes.

Extraction faite avant dilatation complète pour souffrance du fœtus.

Obs. 1811. — IV-pare, à terme, G. mode des fesses, prémat. 3 h. 30,15′, f. fœt., 15′, spont. 10/32. N. Vivant. Poids : 4.080 grammes.

Obs. 2030. — II-pare, à terme, G. T. mode des fesses, art. à D.C. 2 h. 15 — 45′, facefœt. 30′. N. 10/31. N. Vivant. Poids : 3.800 grammes.

Année 1898

Total des accouchements: 2305.

Présentations du siège: 62.

Primipares : 30.

Multipares : 32.

Enfants volumineux: 6.

Primipares : 2.

Obs. 1141. — A terme, D. P. mode des fesses, précoce, 9 h, 10, 1 h. 35, f. fœt., 35′. N. 9/32, 38°4 le 7e jour. Vivant. Poids : 4.060 grammes.

Le pied n'a pu être abaissé. Lymphangite du sein.

Obs. 1318. — A terme, G.A. mode des fesses, art. à D.C. 11 h., 1 h., bord., 40′. N. déchirées. N. Vivant. Poids : 3.570 grammes.

Multipares : 4.

Obs. 297.— VII-pare, à terme, G. T. mode des fesses, préc. 14 h. — 25′, f. fœt., 45′. N. 15/32. N. Vivant. Poids : 3.640 gr.

Obs. 882. — VI-pare, à terme, G. T. complet, tempest. 18 h. — 15′. f. fœt. 30′. N. 8/36. N. Vivant. Poids : 3.600 gr.

Obs. 1333. — VII-pare, à terme, D. P. complet, tempestive ? 15′, f. fœt., 40′. N. 10/33. N. Vivant. Poids : 4.430 gr.

Obs. 2274. — X-pare, à terme. G. A., complet, tempestive 6 h. — 10′, f. œt., 40′. N. Déchirées. N. Vivant. Poids : 3.630 grammes.

Année 1899

Total des accouchements : 2506.

Présentations du siège : 65.

Primipares : 36.

Multipares : 29.

Enfants volumineux : 8.

Primipares : 4.

Obs. 58. — A terme, G. A. mode des fesses, art. à D. C. 9 h. 45, 3 h. 45, bord., 35′. N. 22/10, 37°6. Vivant. Poids : 3650 grammes.

Obs. 518. — A terme, G. A. mode des fesses, prémat., 6 h. 40, 45′, f. fœt., 30′. N. Vivant. Poids : 4.420 grammes.

Obs. 1171. — A terme, G. A., mode des fesses, art. à D. C. 5 h. 30, 30′ ?. Imméd. spontan., 30/5. N. Vivant. Poids : 3.730 grammes.

Obs. 2466. — A terme, G. A. mode des fesses, précoce, 11 h. 40, 40′, f. fœt., 30′. N. 34/0. N. Vivant. Poids : 3.620 gr. Ophtalmie légère.

Multipares : 4.

Obs. 202. — III-pare, à terme. D. P. complet, art. à D.C., 8 h. 50, 20′, f. fœt., 10′, spont., 26/11, 38°2. Vivant. Poids : 3.860 grammes. Lymphangite du sein droit.

Obs. 1340. — II-pare, 8 à 9 mois. G. A. complet, art. à D. C., 10 h. 15, 15′? 5′, spont. ? 38°7. Vivant. Poids : 3.600 grammes.

Obs. 1726. — II-pare, à terme. G. mode des fesses, prémat., 5 h. 50, 50′, bord., 30′. N. 26/9, 37°8. Vivant. Poids : 3.690 gr. Lymphangite des deux seins.

Obs. 1965. — II-pare, à terme. D. T. complet, art. à D.C. 13 h. 30, 10′, f. fœt., 5', spont., 29/10. N. Vivant. Poids : 3.570 grammes.

Année 1900

Total des accouchements : 2442.

Présentations du siège : 76.

Primipares : 40.

Multipares : 36.

Enfants volumineux : 10.

Primipares : 2.

Obs. 892. — A terme, D. T. mode des fesses, précoce., 17 h. 40, 20' f. fœt, 10', spont. 25/13, 38°7. Vivant. Poids : 3.530 grammes.

Obs. 2320. — A terme, D. T. mode des fesses, précoce, 31 h. ? f. utér., immédiate, artific., 0/31, 37°7. Mort. Poids : 4.000 grammes. Faux promontoire : 103, manœuvre de Champetier.

Autopsie. — Fracture transversale de l'occipital, épanchement intra-cranien. Hémorragie de la capsule surrénale gauche.

Multipares : 8.

Obs. 327. — IX-pare, à terme, D. T. mode des fesses, prématurée, 14 h., 40'. Bord ; 30. N. Déchir. N. Vivant. Poids : 400 grammes.

Obs. 1014. — VII-pare, à terme, G. T. mode des fesses, tempestive, 45', 15', f. fœt., 30'. N. 28/11, 37°8. Vivant. Poids : 3550 grammes.

Obs. 1763. — II-pare, à terme, G. T. mode des fesses, art. à D. C., 10 h. 10, 30'. Bord. N. 34/14. N. Vivant. Poids : 4.770 grammes.

Obs. 1858. — V-pare, à terme, D. T. complet, tempestive, 3 h. 45, 15', f. fœt., 30'. N. 40/7. N. Vivant. Poids : 4.700 gr.

Obs. 2180. — II-pare, à terme, G. A. mode des fesses, prématurée, 17 h. 30, 2 h. 30, f. fœt, 10', spont., 31/18. N. Mort. Poids : 4.610 grammes. Abaiss. prophylact. du pied. Enfant né en état d'asphyxie blanche.

Autopsie. — Hémorragie bulbo-méningée considérable. Hémorr. sous-pleurales. Infiltration sanguine des capsules surrénales.

Obs. 2194. — III-pare à terme, G. mode des fesses, tempestive, 4 h. 25. ? f. fœt., 5', spont., Déchir. N. Vivant. Poids : 3.570 grammes.

Obs. 2218. — II-pare, à terme, D. P. complet, préma-

turée, 7 h. 50, 20', f. fœt, 30'. N. 35/10. N. Vivant. Poids : 3640 grammes.

Obs. 2226. — VIII-pare, à terme, G. A. complet, tempestive, 7 h. 45, 45', f. fœt. 30'. N. 32/5. N. Vivant. Poids; 4340 grammes.

Année 1901

Total des accouchements : 2229.

Présentations du siège : 6.

Primipares : 25.

Multipares : 38.

Enfants volumineux : 6.

Primipares : 0.

Multipares : 6.

Obs. 787. — III-pare, à terme, G. mode des genoux, précoce, 4 h. 50, 10', f. fœt. 40', N. 30/7, 38°. Vivant. Poids : 3.750 grammes.

Obs. 1473. — IV-pare, à terme, G. T. complet, précoce, 4 h. 40, 20', f. fœt., 5', spont. 41/19, 39°6. Vivant. Poids : 5.000 grammes.

Obs. 1642. — IV-pare, à terme, D. T. complet. art. à D. C. 31 h. 30, 1 h. 30, f. fœt., 5', spont., 29/2. N. Vivant. Poids : 4.000 grammes.

Obs. 1752. — III-pare, à terme, G. A. complet, prémat, 25', f. fœt., 20'. N. Déchirées. N. Mort. Poids : 3.670 gr.

Obs. 1807. — III-pare, à terme, G. T mode des fesses,

art. avant D. C, 9 h. 55', f. fœt., 20'. N. 27/4. N. Vivant. Poids : 3.620 grammes.

Obs. 2032. — XXI-pare (6 avortements,) 14 enfants nés vivants dont 12 à terme, un au huitième mois, un au septième mois, neuvième mois : D. T. mode des fesses, prématurée, 11 h. 40, 1 h. 10, f. fœt., 10', spont., déchirées. N. Vivant. Poids : 3.700 grammes.

Année 1902

Total des accouchements : 2015.

Présentations du siège : 77.

Primipares : 40.

Multipares : 37.

Enfants volumineux : 10.

Primipares : 3.

Obs. 58. — Neuvième mois, G. A. mode des fesses, temp., 16 h. 55, 2 h. 55, bord., 30'. N. Mort. Poids : 3.530 grammes (brièveté acquise du cordon).

Obs. 1374. — A terme, D. A. mode des fesses, précoce, 6 h. 25, 25', bord., 30'. N. 28/19. N. Vivant. Poids : 3.750 gr. (gros œuf).

Obs. 1526. — A terme, G. T. mode des fesses, précoce, 61 h., 10 h. 45, bord., 30'. N. 34/5. Vivant. Poids : 3.950 gr. abaissement d'un pied, céphalématome de la région occipitale.

Multipares : 7.

Obs. 156. — V-pare, neuvième mois, D. A., complet, art. D. C. 9 h. 45, 5', bord., 15'. N. 35/3. N. Vivant. Poids : 3.750 grammes.

Obs. 194. — II-pare, à terme, D. A. mode des fesses, art. à D. C. 7 h. 30, 30'. f. fœt. ? N. 25/11. N. Vivant. Poids : 3. 800 grammes.

Obs. 492. — X-pare, à terme. D. P. complet, prémat. 6 h. 5', bord.,35', N. 36/0. N. Vivant. Poids : 3.880 grammes.

Obs. 778. — VI-pare, neuvième, D. T. mode des fesses, prémat.25 h. 40' ? 30',spont.34/7. N. Vivant. Poids : 4.150 gr.

Obs. 1417. — V-pare, à terme. G. A. mode des fesses, précoce, 3 h. 35, 1 h. 05, bord.,30'. N.32/6. N. Vivant.Poids : 3.710 grammes (pemphigus).

Obs. 1692. — XVI-pare, à terme, D. A. mode des fesses, précoce, 8 h. 20, 3 h. 30, f. utérine, 20'. N, 34/1, 38°2. Mort. Poids : 4.100 grammes. Enfant mort pendant le travail.

Autopsie. — Rien de particulier du côté des viscères,canal rachidien : hématome en nappe extra-dure-mérien dans la région cervicale.

Obs. 1848. — II-pare, à terme. D. T. mode des fesses, prémat. ? 30',f. fœt., 30'. N. 31/9. N. Vivant. Poids : 4.000 gr. fesse antérieure arc-boutée en avant du D. S. abaissement du pied antérieur par M. Pinard.

Année 1903

Total des accouchements : 2075.

Présentations du siège : 59.

Primipares : 25.

Multipares : 34.

Enfants volumineux : 5.

Primipares : 3.

Obs. 340. — A terme, G. mode des fesses, précoce, 30 h., 3 h. 30, f. fœt., 30'. N. 25/9, 38°3. Vivant. Poids : 3.700 gr., abaissement du pied antérieur.

Obs. 377. — A terme, D. T. complet, précoce, 8 h. 5, 5', f. fœt., 30'. N. 35/7. N. Vivant. Poids : 3.600 grammes.

Obs. 1513. — A terme, D. A. mode des fesses, art. à D. C., 10 h., 35', f. fœt., 25'. N, 27/13. N. Vivant. Poids : 3.650 grammes.

Multipares : 2.

Obs. 1077. — IV-pare, 8e mois. D. A. mode des fesses, prémat., 6 h. 50, 40', bord, 30'. N. 21/13. N. vivant. Poids : 3.740 grammes. *Mort* le 4e jour. Le 3e jour, il a une t° de 39°. Hématémèse et mœlena.

Autopsie. — Ulcération de l'estomac.

Obs. 1477. — III-pare, à terme, G. mode des fesses, art. à D. C., 14 h., 25', face utérine, 25'. N. 23/12, 38°2. Vivant. Poids : 3.740 grammes.

Année 1904

Total des accouchements : 1852.

Présentations du siège : 64.

Primipares : 25.

Multipares : 39.

Enfants volumineux : 7.

Primipares : 2.

Obs. 1204. — 9e mois. G. A. mode des fesses, précoce, 8 h. 5, 35', f. fœt., 30'. N. 27/10. N. Vivant. Poids : 3.950 gr. (bassin rétréci).

Obs. 1722. — 9e mois. G. A. mode des fesses, art. à D. C., 17 h. 15, 10', f. fœt., 30'. N. 21/6. N. Vivant. Poids : 3.750 gr.

Multipares : 5.

Obs. 286. — XIV-pare, à terme, G. P. mode des fesses ? 24 h. ?? Immédiat, spont. 38/8, 38°. Mort. Poids : 3.770 gr., abaissement prophylactique du pied, enfant mort pendant le travail.

Obs. 665. — II-pare, à terme, G. complet. art. à D. C. 4 h. 15, 10', f. utér., 30'. N. 36/7. N. Vivant. Poids : 3.920 gr. Siège incliné, procidence du cordon et d'une main.

Obs. 714. — II-pare, à terme, D. P. mode des fesses, prémat. ? 15' ?, 10', spont. ? 38°. Vivant. Poids : 4.200 grammes. Mort aussitôt après la naissance.

Obs. 1120. — II-pare, à terme, D. A. mode des fesses, art. à D. C. 16 h. 30, 30', f. fœtale 10'. N. 25/15. N. Vivant. Poids : 3.540 grammes. Hémorragie de la délivrance.

Obs. 1183. — V-pare, à terme, G. complet, temp. 6 h. 15 ? f. utér., 25'. N. 28/8. N. Vivant. Poids : 4.000 grammes.

Année 1905

Total des accouchements : 1997.

Présentations du siège : 67.

Primipares : 34.

Multipares : 33.

Enfants volumineux : 9.

Primipares : 4.

Obs. 15. — 9e mois, D. P. mode des fesses, prémat.,7 h. 15, 1 h. 15, f. fœt., 3o'. N. 31/5. N. Vivant. Poids : 3.800 gr.

Obs. 515. — A terme. G. T. mode des fesses, prémat., 11 h. 25, 1 h. 25. Bord., 3o'. N. 25/5. N. Vivant. Poids : 3.660 grammes.

Obs. 1187. — 9e mois, G. T. mode des fesses, prémat., 7 h. 3o, 3o', f. fœtale 3o'. N. déchir. N. Vivant. Poids : 3.700 grammes.

Obs. 1253. — A terme, G. T. mode des fesses, précoce, 3o h. 45, 2 h. 45 ? Imméd., artif., déchir. N. Vivant. Poids : 3.680 grammes. Primipare âgée : quarante ans, siège élevé, abaissement du pied antérieur sous chloroforme.

Multipares : 5.

Obs. 72. — II-pare, 9e mois, G. T. mode des fesses, précoce, 31 h. 45, 3 h., bord., 10', spont., déchir. N. Vivant. Poids : 3.550 grammes. Utérus fibromateux.

Obs. 711. — III-pare, à terme, D. P. mode des fesses précoce, 13 h., 15', f. fœt. 3o'. N. 3o/12. N. Vivant. Poids : 4.120 grammes.

Obs. 1007. — V-pare, 9e mois, G. A. mode des fesses, art. à D. C. 9 h. 46, 1 h. 45, f. fœt., 25', spont. 33/4. N. Vivant. Poids : 4.000 grammes. Abaissement du pied antérieur.

Obs. 1577. — II-pare, à terme, G. T. complet, art. à D. C. 5 h. 30 ? f. fœt., 30'. N. 26/6, 38°. Vivant. Poids : 4.100 gr. L'enfant meurt le 6e jour.

Obs. 1677. — II-pare, 9e mois. D. P. mode des fesses, tempest., 5 h. 30 ? f. fœt., 30'. N. 32/10, 38°. Vivant. Poids : 3.520 grammes. Enfant mort aussitôt après la naissance.

Année 1906

Total des accouchements : 2159.

Présentations du siège : 67.

Primipares : 29.

Multipares : 38.

Enfants volumineux : 7.

Primipares : 0.

Multipares : 7.

Obs. 280. — X-pare, à terme, G. A. mode des fesses, précoce, 7 h. 15, 10', f. fœt. 30'. N. 36/9. N. Vivant. Poids 4.050 grammes.

Obs. 528. — VI-pare, à terme, G. complet, tempest., 13h. 45, ?? Immédiate, artif., 36/5. N. Vivant. Poids : 3.520 gr. Manœuvre de Champetier. Diamètre P. s. P. : 10.

Obs. 751. — II-pare, à terme, G. A. complet, art. à D. C., 10 h. 30, 20', bord., 30'. N. déchir. N. Vivant. Poids : 4.250 grammes.

Obs. 1259. — II-pare, à terme. G. A. mode des fesses, précoce, 10 h. 30, 15', f. fœt., 30'. N. 29/5. N. Vivant. Poids : 4.050 grammes.

Obs. 1295. — V-pare, à terme. G. A. complet, art. à D. C. 14 h. 15, 25′, f. fœt., 20′. N. 30/6. N. Vivant. Poids : 4.000 grammes. Atrophie de tout le membre inférieur droit, paralysie infantile.

Obs. 1726. — III-pare, 9e mois. G. A. mode des fesses, précoce ? 10′, f. fœt., 30′. N. 33/11. N. Vivant. Poids : 3.650 grammes.

Obs. 1825. — VI-pare, à terme. G. A. mode des fesses, prémat., 8 h. 35, 10′, ? 5′, spont., 36/6. N. Vivant. Poids : 3.800 grammes.

Année 1907

Total des accouchements : 2073.

Présentations du siège : 63.

Primipares : 36.

Multipares : 27.

Enfants volumineux : 15.

Primipares : 5.

Obs 24. — A terme. G. T. complet, précoce, 15 h. 15, 30, bord., 30′. N. 34/4. N. Vivant. Poids : 3.950 grammes.

Obs. 645. — A terme. G. T. complet, précoce, 19 h. 15, 2 h., bord., 30′. N. déchir. N. Vivant. Poids : 3.600 grammes.

Obs. 696. — 9e mois. G. A. complet, art. à D. C. 5 h. 50, 45′, f. fœt. 30′. N. 29/13. Pathol. Vivant. Poids : 3.550 gr., température entre 39° et 40° pendant les cinq premiers jours.

Obs. 1230. — 9e mois. D. mode des fesses, précoce ? 1 h. 5, bord., 30′. N. 32/3. N. Vivant. Poids : 3.800 gr.

Obs. 1266. — A terme, G. T. mode des fesses. Prémat. 47 h. 50, 1 h. 10, bord., 30'. N. 25/11. N. Mort. Poids : 3600 grammes.

Multipares : 10.

Obs. 15. — II-pare, à terme, G. A. complet, précoce, 3 h. 55, 3', f. fœt., 30'. N. 28/13, 39°. Vivant. Poids : 3.970 gr.

Obs. 170. — V-pare, à terme, G. A. complet, tempestive, 9 h., 5', f. fœt., 30. N. 29/10. N. Vivant. Poids : 3.900 grammes.

Obs. 279. — VII-pare, à terme, D. P. mode des fesses, art. à D. C. 6 h. 30, 5', f. fœt., 30'. N. 34/5. N. Vivant. Poids : 3.750 gr.

Obs. 290. — II-pare, à 9e mois, G. A. mode des fesses, tempest., 5 h. 40, 20', f. fœt., 30'. N. 29/8, 38°. Vivant. Poids : 3.800 grammes.

Obs. 407. — XIII-pare, neuvième mois, G. T. mode des fesses, précoce, 8 h. 35, 10', f. fœt., 30'. N. 32/5. N. Vivant. Poids : 3.820 grammes.

Obs. 608. — III-pare, à terme, D. T. complet, art. à D. C. 8 h., 15', bord, 30'. N. 25/6. N. Mort. Poids : 3.650 grammes. Bassin rétréci, Procidence du cordon.

Obs. 920. — IV-pare, à terme, G. T. mode des fesses, précoce, 14 h., 10', f. fœt., 30'. N. 28/12, 39°1. Vivant. Poids : 3.700 grammes.

Obs. 1453. — III-pare, à terme, G. T. complet, art. à D. C. 8 h. 20, 20'. Bord, 30'. N. 49/11. Mort. Poids. 4.150 grammes. Hydramnios.

Obs. 1460. — V-pare, à terme, G. T. complet, tempestive,

11 h. 10, 3o', f. fœt., 20'. N. impossible. N. Vivant. Poids: 4.050 grammes.

Obs. 1834. — II-pare, à terme, G. T. mode des fesses, précoce, 7 h. 3o, 3o', f. fœt, 3o'. N. 36/7. N. Vivant. Poids : 3.800 grammes.

Année 1908

Total des accouchements : 2207.

Présentations du siège : 69.

Primipares : 33.

Multipares : 36.

Enfants volumineux : 10.

Primipares : 3.

Obs. 26. — Neuvième mois, G. T. mode des fesses, art. à D. C. 14 h. 15, 35', f. fœt., 3o'. N. 3o/12. N. Vivant. Poids : 3.720 grammes.

Obs. 111. — A terme, D. T. mode des fesses, prémat., 15 h., 1 h. 15, f. fœt., 3o'. N. 3o/10. N. Vivant. Poids : 3.600 gr.

Obs. 163. — A terme, G. T. mode des fesses, spont. précoce, 22 h. 15, 3o'. Bord., 3o'. N. 29/5. N. Vivant. Poids : 3.620 grammes.

Multipares : 7.

Obs. 764. — X-pare, à terme, G. T. complet, prémat., 13 h. 45, 15', f. utér., 3o'. N. ? N. Vivant. Poids : 4.440 gr.

Obs. 830. — II-pare, à terme. D.T. mode des fesses, précoce, 9 h. 25, 2 h. 25. Bord., 3o'. N. 26/8. N. Vivant. Poids: 3.600 grammes.

Obs. 891. — III-pare, à terme, D. T. mode des pieds ?? Bord., 3o'. N. 37/8. N. Vivant. Poids : 3.700 grammes. Procidence du cordon.

Obs. 1462. — XII-pare, à terme, G. A. complet, prémat., 1 h. 20 ? Bord., 3o'. N. 28/12. N. Vivant. Poids. : 3.700 gr.

Obs. 1925. — II-pare, à terme, G. A. mode des fesses, art. à D. C. 26 h. 3o, 45', f. fœt., 3o'. N. 39/6. N. Vivant. Poids : 3.770 grammes.

Obs. 2083. — V-pare, à terme ? Art. à D. C. 9 h. 15 ? Bord., 3o'. N. 29/7. N. Vivant. Poids : 4.050 grammes.

Obs. 2175. — V-pare, à terme, G. A. mode des fesses, précoce, 15 h. 15, 15', f. fœt., 3o. N. 36/4. N. Vivant. Poids : 3.600 grammes.

Année 1909

Total des accouchements : 2102.

Présentation du siège : 59.

Primipares : 26.

Multipares : 33.

Enfants volumineux : 10.

Primipares : 2.

Obs. 1096. — A terme, décomp. mode des fesses, 4 applications de forceps en ville avant dilatation complète de l'orifice. Mort du fœtus au cours du travail. Extraction du fœtus par M. Labouré. Poids : 3.730 grammes. *Mort-né.* Extraction : 3o'. Périnée déchiré : 3 points de suture. Délivrance spontanée. Placenta : 600 grammes.

Obs. 1821. — A terme, complet S.I.G.T. Mort du fœtus pendant le travail. Extraction des membres inférieurs, du siège, des épaules. *Basiotripsie* partielle de la tête fœtale dernière. Petit broiement. Extraction de la tête par M. Lacasse. Fœtus. Poids : 4.080 grammes, sans substance cérébrale ni méconium. Hémorragie considérable. Délivrance artificielle immédiate. Injection intra-utérine à l'aniodol (S. A : 40 cc). Déchirures légères aux commissures des lèvres de l'orifice à droite et à gauche. Placenta : 750 gr.

Multipares : 8.

Obs. 51. — IX-pare, à terme, D.P. ? prématurée, 11 h. 30', 20',déliv. artif., déchirées. N. Vivant. Poids : 4.450 grammes.

Obs. 71. — III-pare, à terme, complet, D.T., spont., 3 h. 30, ballon vag., 45'. N. 30', 31/6. N. Vivant. Poids : 4.000. gr. Mort 1 h. après.

Obs. 1183. — III-pare, 9e mois, complet, ? ? Vivant. Poids : 3.550 grammes jumeau.

Obs. 1338. — III-pare, à terme, déc. mode des fesses, prémat. ? 20'. Mort et macéré. Poids : 4.300 grammes.

Obs. 1445. — III-pare, à terme, déc. mode des fesses, G.T. Art. à D.C. ? 55'. N. 30'. Vivant. Poids : 3.820 grammes.

Obs. 1510. — VI-pare, à terme, G.T. complet, spont. précoce, 5 h. 55, 10'. N. 30', 26/10. N. Vivant. Poids : 3.770 gr.

Obs. 1559. — XVI-pare, trente-huit ans, à terme, complet, 13 h. 15 ? ? 28/13. N. Vivant. Poids : 3.980 grammes.

Obs, 2076. — III-pare, 9e mois, déc. m. des fesses, art. à

D.C. 13 h. 45, 15'. N. 30'. N. 31/10. N. Vivant. Poids : 3.700 grammes.

Année 1910

Total des accouchements : 2008.

Présentations du siège : 79.

Primipares : 41.

Multipares : 38.

Enfants volumineux : 10.

Primipares : 2.

Obs. 1275. — A terme, complet, ballon vaginal. Mort de l'enfant pendant l'extraction. Craniotomie sur la tête dernière. Délivrance artificielle (S. A. : 120 gr.) (S. phys. 300). Potocki. Lacasse. Déchirures périnéales (Rupt. spont. précoce avant D. C). Mort. Poids : 3750 grammes.

Obs. 1963. — A terme *siège incliné*. Opération de Porro. Enfant vivant. Poids : 3530 grammes ; mort quatre jours après.

Multipares : 8.

Obs. 131. — II-pare, à terme, déc. mode des fesses, prémat. ? 15' N. 30', 30/4. Vivant. Poids : 4050 grammes.

Obs. 346. — III-pare, 9e mois, complet, 6 h. 30, 5'. D. artif. 45', déchir. N. Vivant. Poids : 4.000 grammes.

Obs. 642. — V-pare, à terme, complet, spont., temp. 4 h. 30, 10'. N. 30'. N. 34/13. Vivant. Poids : 4.100 grammes.

Obs. 1117. — II-pare ? G.T. complet, bassin canaliculé,

promontoire accessible, manœuvre de Champetier, 13 h. 50. 10′. N. 30′, 28/7. Vivant. Poids : 3.770 grammes.

Obs. 1127. — III-pare ? déc. mode des fesses, tentative d'extraction en ville, forceps, lacs. Enfant mort pendant le travail, extraction par Mlle Vauthier. Expulsion 1 h. 1/2. Mort-né. Poids : 3.850 grammes.

Obs. 1127. — VIII-pare, à terme, G.T. complet, spont, temp., 7 h. 30 ? N. 30′. Vivant. Poids : 4.600 grammes. P. 770, 30/10.

Obs. 1568. — X-pare, à terme, déc. m. des fesses, spont, temp., 14 h. 30, 20′. N. 30′. Vivant. Poids : 4.150 grammes. P. 979, 27/21.

Obs. 1805. — VIII-pare, 9e mois, complet, incliné. Extraction du siège, enfant mort. Poids : 5.000 [grammes. Rupture utérine, hystérectomie abdominale (M. Couvelaire). Phlébite, embolie. Mort.

Année 1911

Total des accouchements : 1830.

Présentations du siège : 88.

Primipares : 39.

Multipares : 49.

Enfants volumineux : 15.

Primipares : 5.

Obs. 1189. — A terme, complet, arrivée à dilatation complète, procidence du cordon, artif. au toucher, extraction immédiate, tête retenue, la femme primipare n'ayant

pas eu de ballon. Poids : 3.690 grammes. Mort pendant l'extraction. Déliv. artificielle.

Obs. 1367. — 9e mois, déc. m. des genoux, ballon, rupt. prémat., 8 h. 45, 30'. N. 30. Vivant. Poids : 3.800 grammes, P. 530, 28/12.

Obs. 1404. — A terme, déc. m. des fesses, prématuré ? artif., enfant mort et macéré. Poids : 3.680 grammes. P. 490, 37/5. Déchirure complète du rectum sur 4 centimètres.

Obs. 1560. — A terme, déc. m. des fesses, spont. précoces, 12 h. 30, 3 h. Ballon. N. 30'. Vivant. Poids : 3.550 gramme. P. 490, 27/6.

Obs. 1602. — A terme, déc. m. des fesses, spont. précoce, 19 h. 5, 1 h. 40. N. 30'. Déchirures du périné 3 pts prof. au catgut, 3 pt. sup. au crin. Vivant. Poids : 3.660 grammes. P. 670.

Multipares : 10.

Obs. 44. — II-pare, à terme, déc. m. des fesses, 13 h. 45, 45'. N. 30', spont. temp. Vivant. Poids : 3.620 grammes. P. 630, 28/6.

Obs. 254. — VI-pare, à terme ? déc. m. des fesses, spont. précoce, 7 h. 40, 25'. Déchirures, 3 pts. de suture. Mort-né. Poids : 3.780 grammes, impossible à ranimer, 1 circulaire. P. 820, 31/6, insertion du cordon excentrique, à 3 cm. du bord inférieur, long. 55 cm.

Obs. 624. — IX-pare. Présentation du siège incliné, gros enfant. Opération de Porro (M. Lacasse). Vivant. Poids : 4.700 grammes.

Obs. 767. — XI-pare, siège incliné, gros enfant, membranes rompues. Porro (M. Le Masson). Vivant. Poids : 4.440 grammes.

Obs. 860. — III-pare, à terme, déc. m. des fesses, mort apparente, ranimé au bout de 1 h. 1/2. Poids : 3.800 grammes, vivant, 8 h. 50, 20', spont. temp. N. 30'. P. 590. 30/9.

Obs. 885. — II-pare ? complet, spont. précoce, 3 h. 15'. N. 30'. Vivant. Poids : 3.840 grammes. P. 600, 32/7.

Obs. 994. — VIII-pare, à terme, complet, spont. prémat. 1 h. 30'. N. 30'. Vivants. Poids : 3.640 grammes. P. 700, 31/11.

Obs. 1374. — VI-pare, à terme, déc. m. des fesses, spont. temp. 8 h. 40, 15'. N. 30'. Vivant. Poids : 3.820 grammes. P. 620, 32/10, Bi. P. 10,4. Manœuvre de Mauriceau-Pinard. difficile.

Obs. 1513. — VIII-pare, à terme, siège incliné, art. à D.C. 6 h. 40, 15'. N. 30'. Poids : 3.750 grammes. Mort pendant l'extraction. Craniotomie.

Obs. 1598. — II-pare, à terme, complet avec procubitus du cordon. Enfant mort. Tumeur kystique de l'ovaire du volume d'une tête d'adulte flanquant l'utérus à gauche. Extraction du fœtus, perforation de la tête dernière. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine à l'aniodol. (S.A : 40 gr.). Mort. Poids : 3.950 grammes. P. 520.

ANNÉES	Nombre total d'accouchements	Présentation du siège			Enfants volumineux	Primipares			Multipares			Accouchement spontané				Accouc artifi	
		Total	Primipares	Multipares		Total	Siège complet	Siège décomplété	Total	Siège complet	Siège décomplété	P		M		P	
												C	D	C	D	C	D
1890....	1244	43	23	20	0	0			0								
1891....	1654	32	22	10	1	0			1		1				1		
1892....	1834	38	20	18	8	2		2	6	3	3		1	2	1		1
1893....	1920	40	22	18	6	3	1	2	3	1	2	1	1		2		1
1894....	2139	42	21	21	3	1		1	2	2				2			
1895....	2080	46	27	19	4	3		3	1		1		2		1		1
1896....	2270	38	20	18	5	1		1	4		4				3		1
1897....	2314	65	29	36	10	3	2	1	7	1	6	2	1		4		
1898....	2305	62	30	32	6	2		2	4	3	1		1	3	1		1
1899....	2506	65	36	29	8	4		4	4	3	1		4	3	1		
1900....	2442	76	40	36	10	2		2	8	2	6		1	2	5		1
1901....	2229	63	25	38	6	0			6	4	2			4	2		
1902....	2015	77	40	37	10	3		3	7	2	5		2	2	3		1
1903....	2075	59	25	34	5	3	1	2	2		2	1	1		2		1
1904....	1852	64	25	39	7	2		2	5	2	3		2	1	2		
1905....	1997	67	34	33	9	4		4	5	1	4		3	1	3		1
1906....	2159	67	29	38	7	0			7	3	4			2	4		
1907....	2073	63	36	27	15	5	3	2	10	5	5	3	2	5	5		
1908....	2207	69	33	36	10	3		3	7	4	3		3	4	3		
1909....	2102	59	26	33	10	2	1	1	8	5	3			5	2		1
1910....	2008	79	41	38	10	2	2		8	5	3			3	2		
1911....	1830	88	39	49	15	5	2	3	10	6	4	1	3	2	3	1	
22 années	45255	1302	643	659	165	50	12	38	115	52	63	8	27	41	50	1	10

E	ORANIOTOMIE				CÉSARIENNE CONSERVATRICE				PORRO				ÉTAT DE LA MÈRE				ÉTAT DE L'ENFANT				OBSERVATIONS
	P		M		P		M		P		M		P		M		P		M		
D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	
																		M			Mort trois jours après l'accouchement.
																		M	M		
																		M		M	
																		M			
																		M		M	
																		M			
																		M		M	
																		M		M	Meurt le 6e jour.
																		M	M		
													d	d			M	M	M	M	
	I								I				d		M	M	M		M	M	1 des enfants né vivant est mort 4 jours après sa naissance.
			2								2			d d		d	M	M	M	M	
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	I		2						I		2		2	3	1	1	4	7	9	9	

CHAPITRE III

THÉRAPEUTIQUE

Observations des cas dans lesquels une intervention a été faite

Craniotomie. — Basiotripsie. — Césarienne Opération de Porro

Observation 2139 (Année 1894)

Bassin rétréci. — Présentation du siège mode des fesses — Fœtus volumineux. — Basiotripsie tête dernière, par M. Pinard.

Primipare, âgée de dix-neuf ans, entrée dans le service, le 21 décembre 1894, à 6 h. 35 du soir. L'utérus mesure 35 centimètres de hauteur, il est très tendu ; on sent, au palper, la la tête au fond de l'utérus : le dos est à gauche, le foyer d'auscultation à gauche au niveau de l'ombilic.

Par le toucher, on constate que la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs. Les membranes sont rompues

depuis 9 heures du matin : le siège est en bas, à gauche, transversal ; il est décomplété mode des fesses.

A 9 heures du soir la dilatation est complète. A 9 h. 5, M^lle^ Roze fait l'abaissement prophylactique du pied, rendu très difficile par le gros volume du fœtus et l'engagement partiel du siège. Pendant cette manœuvre, le fœtus fait des mouvements d'inspiration, on fait alors l'extraction du siège : on dégage avec peine les bras qui sont relevés, et au moment d'extraire la tête, il y a impossibilité absolue. La tête reste maintenue au détroit supérieur et les doigts sont tellement serrés qu'on ne peut plus arriver à la bouche. Malgré toutes les tentatives, on ne parvient pas à engager la tête : *l'enfant succombe*.

M^lle^ Roze prévient M. Pinard qui termine par une basiotripsie.

A 11 h. 35, introduction du perforateur. Petit broiement terminé à 11 h. 40. Introduction de la deuxième branche du basiotribe.

La substance cérébrale s'écoule. Extraction de la tête à 11 h. 45.

Le placenta décollé est expulsé derrière le fœtus. Injection intra-utérine.

L'enfant pèse 4.180 grammes, sans substance cérébrale.

2 mars. — Cette femme a 39°4 de température le soir.

3 mars. — M. Wallich pratique le curettage et retire de nombreux débris.

6 mars. — Au matin, nouvelle élévation de température à 39°6.

Nouveau curettage : on ne retire que des caillots sanguins.

Départ de la mère le 19 décembre 1894.

Observation 1821 (novembre 1909).

Basiotripsie partielle de la tête fœtale dernière. Extraction. — Hémorragie considérable.

Primipare de quarante-quatre ans, ayant eu ses dernières règles du 10 au 16 janvier, serait venue à la consultation une fois en septembre. La version n'a pu être faite. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 6 novembre à 11 heures du soir. Arrive à la salle de travail le 9 novembre à 2 heures du matin.

M. Lecointe l'examine, fait le diagnostic de présentation du siège en S.I.G.T; bruits du cœur bons. Dilatation de moins de 50 centimes.

Le toucher ne permet pas d'arriver sur aucune partie fœtale.

A 8 heures du matin examen par M. Lacasse. Dilatation de moins de 50 centimes, poche des eaux tendues qui ne permet d'arriver sur aucune partie fœtale II. U.: 37 centimètres.

A 4 heures du soir M^lle^ Linières, en pratiquant le toucher retire son doigt couvert de méconium. La poche des eaux est flasque et permet de sentir la crête sacrée située à gauche, très élevée, bruits du cœur bons.

Dans la nuit de 9 au 10, contractions rares, bruits du cœur bons.

10 novembre, à 8 heures du matin.— Dilatation de 2 francs. Bruits du cœur bons à 10 heures. Dilatation, 5 francs. M. Pinard conseille d'introduire un ballon de 350 grammes dans le vagin, puis un autre plus gros à dilatation d'une petite paume.

Le ballon de 350 est introduit. A 1 h. 1/2 on le retire. Dilatation d'une petite paume. Bruits du cœur bons à 130.

A 1 h. 45 une grande quantité de méconium mélangé à un peu de liquide s'écoule. On touche la femme à nouveau et on constate que la poche des eaux n'est plus perceptible en même temps que le siège est un peu descendu.

A 2 heures l'orifice est revenu sur lui-même. Dilatation de 5 francs. Bords épais, auscultation 120. Cinq minutes après, 108. M. Lacasse est prévenu.

Il arrive cinq minutes après. Pendant ce temps les bruits du cœur ont cessé brusquement et ne sont plus perceptibles.

M. Pinard est mis au courant et à 5 heures du soir il conseille d'attendre.

A ce moment l'orifice très épais est revenu sur lui-même. Il n'est dilatable que comme 2 francs. Le siège, quoique un peu descendu, n'appuie pas encore sur l'orifice.

On prend toutes les deux heures la température rectale, le pouls, et la hauteur utérine.

Injections vaginales chaudes toutes les deux heures durant la nuit. Les contractions sont peu fréquentes.

11 novembre, 8 heures matin. — Examen de M. Lacasse. H.U. : 37 centimètres.

Pouls 88. Température rectale 37°8. Dilatation 5 francs. Bords de l'orifice redevenus plus souples. Le siège est encore un peu descendu.

A 10 heures du matin, M. Pinard confirme les mêmes constatations.

Il conseille d'attendre jusqu'à ce qu'une dilatation suffisante permette l'extraction très lente du siège.

A midi les contractions sont toujours assez rares.

A partir de 6 heures du soir les contractions se rapprochent.

Température rectale 37°5. Pouls 96. S. A. 80 grammes.

12 novembre à 2 heures du matin. — Agitation violente. La femme veut se lever.

6 heures du matin. — Tendance à la syncope. Température 37°5. Pouls 88.

8 heures du matin. — Température 37°5. Pouls 84.

Examen de M. Lacasse. — Dilatation un peu plus de 5 fr. Bords de l'orifice minces et souples. Le siège appuie sur l'orifice. H.U. : 38 centimètres. Les contractions sont espacées. Liquide commence à être fétide. S. A. : 40 grammes.

10 heures du matin. — Examen de M. Pinard confirmant les constatations déjà faites.

Étant donné le bon état général de la femme, l'état du pouls 88, et de la température 37°6, il décide qu'on intervienne dans l'après-midi seulement.

3 heures du soir. — Température rectale 38°6. Pouls 96.

La femme est anesthésiée au chloroforme et mise en position obstétricale.

M. Lacasse pratique le toucher manuel ; il arrive presque au-dessus de l'orifice utérin souple et dilaté comme un peu moins d une petite paume sur le pied antérieur. Il l'abaisse et exerce des tractions lentes et soutenues, la hanche antérieure apparaît à la vulve ; les tractions sont exercées de bas en haut, et la fesse postérieure fait son apparition.

L'anus regarde alors en haut.

Le pied postérieur est dégagé sans difficulté. Les tractions sont à nouveau exercées de haut en bas. L'angle de l'omoplate antérieure apparaît.

Le bras antérieur est abaissé, puis le postérieur. La tête est orientée en G. T. La main gauche est introduite pour aller à la recherche de la bouche, en même temps que l'index et le médius de la main droite sont mis en fourche au-dessus de la nuque.

La flexion de la tête est impossible, car elle est bordée au niveau du menton et de l'occiput par l'orifice utérin.

M. Lacasse décide alors de pratiquer une basiotripsie sur la tête dernière.

Introduction du perforateur sur la ligne médiane au-dessous de l'occipital.

Perforation. Introduction facile de la branche gauche à l'extrémité du diamètre transverse. Petit broiement assez difficile. Il est nécessaire d'employer la vis de pression. On tâche alors d'introduire la branche droite, mais la main guide ne peut être glissée entre le menton d'une part et l'orfice d'autre part. L'orifice borde absolument le menton. Dans ces conditions il paraît à M. Lacasse inutile et même dangereux d'insister. Il pense que le perforateur et la branche gauche retirée, le petit broiement étant effectué, la tête se réduira suffisamment pour franchir l'orifice utérin. Les prévisions se confirment, et quelques tractions légères dirigées lentement de haut en bas par le droigt introduit dans la bouche et deux doigts enfourchant la nuque font descendre assez rapidement l'occiput.

On voit la matière cérébrale s'échapper par la brèche laissée par le perforateur et lorsque les deux tiers de l'écaille de l'occipital sont en dehors, la tête est relevée, défléchie et extraite.

Un liquide fétide vert est émis après la sortie du fœtus.

Délivrance artificielle immédiate. On peut se rendre compte que les culs-de-sac sont intacts. Déchirures légères aux commissures des lèvres de l'orifice à droite et à gauche. Injection intra-utérine prolongée.

En pratiquant la délivrance on ne sent aucune irrégularité fibromateuse utérine. Après l'extraction pouls 130. Sérum artificiel 300 grammes.

L'enfant extrait pèse 4.080 grammes, moins la substance cérébrale et le méconium perdu. Placenta, poids: 750 gr.

Observation 1805 (novembre 1910)

Siège complet incliné. — Extraction du siège. — Enfant mort : 5.000 grammes. — Rupture utérine. — Hystérectotomie abdominale (M. Couvelaire). *Phlébite. — Embolie. — Mort.*

VIII-pare, âgée de quarante ans, ménagère. Le père âgé de quarante-six ans, fumiste, serait le même pour tous les enfants.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Elle a marché à dix-sept mois. Réglée à quinze ans, irrégulièrement dans la périodicité. Durée quatre à huit jours. Ses premiers rapports ont eu lieu à dix-huit ans.

Dans ses antécédents pathologiques, on note une fièvre typhoïde à treize ans.

Au point de vue de ses puerpéralités antérieures, elle a mis au monde à terme 7 enfants vivants qu'elle a nourris au sein maternel pendant quinze mois chacun en moyenne.

Pour la gestation qui nous occupe, la date des dernières règles est du 23 au 28 février. Elle n'a pas consulté pendant sa grossesse.

Début du travail le 25 novembre 1910 à 3 heures du matin.

Rupture des membranes dès le début du travail.

Elle entre à la salle de travail le 25 novembre à 9 heures du matin.

Examen à l'entrée : femme obèse, paroi abdominale très épaisse. H. U. : 48 centimètres.

Palper : utérus tendu (excès de liquide), un pôle en bas mobile ; un pôle dans l'hypocondre gauche, un plan résistant à droite séparé du pôle supérieur par un sillon, le sillon du cou.

Petits membres en bas et à gauche. On fait le diagnostic du gros œuf; Siège complet en D.T.

Auscultation. — Bruits du cœur bons à droite, à hauteur de l'ombilic se propageant vers la symphyse pubienne.

Toucher. — Rien dans l'excavation. Membranes rompues. S.A.: 40 cc. Dilatation de 1 franc.

Dans l'après-midi, contractions toutes les cinq minutes environ.

Bruits du cœur bons. Dilatation complète le 25 novembre, à 9 h. 15 du soir.

Le siège reste élevé. Contractions toutes les sept minutes.

A 11 h. 30 soir pouls 100 ; un peu de sang s'écoule par la vulve.

Examen de M. Lacasse, à 11 h. 45.— M. Lacasse est frappé par la pâleur de la femme, le pouls est à 100, bien frappé.

Au palper, *siège un peu incliné*, vers la fosse iliaque droite.

Auscultation : bruits du cœur bons.

Toucher : dilatation complète. On sent les membres inférieurs au niveau de l'aire du détroit supérieur. Une quantité de sang assez notable s'écoule au toucher, couleur normale. La pâleur de la face, l'écoulement de sang, font envisager à M. Lacasse la possibilité d'une rupture utérine ; mais, étant donné la présentation du siège, le pouls qui est bon, il décide de pratiquer immédiatement l'extraction.

Chloroformisation. — Saisie des deux pieds. Tractions lentes et soutenues ; le siège s'engage et se dégage très lentement et très péniblement. Anse au cordon. Dégagement lent du thorax. Abaissement du bras antérieur puis du bras postérieur. Extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau-Pinard. Enfant mort. Poids : 5.000 grammes.

En pratiquant la délivrance artificielle immédiate, M. Lacasse constate que le placenta est sorti de l'utérus par une vaste brèche et repose au milieu des anses intestinales. Extraction du placenta ; la main suit par la brèche utérine la face externe de l'utérus contracté. Placenta, poids : 770 grammes. Il est minuit 40. MM. Pinard et Couvelaire sont aussitôt mis au courant. Le pouls est à 120, bien frappé ; l'état général de la femme assez satisfaisant. Injection de sérum physiologique : 300 grammes.

26 novembre, à 1 h. 30 du matin. — Dyspnée à 44 inspirations.

1 h. 40. — Laparotomie (M. Couvelaire) aidé par M. Lacasse.

Incision verticale et médiane.

La cavité abdominale ouverte, on énuclée l'utérus ; on constate un hématome sous-péritonéal dans le ligament large gauche. Pincement des pédicules utéro-ovariens et du ligament rond gauche. Section. Pincement de l'artère utérine gauche.

L'utérus est récliné à gauche. On aperçoit une énorme brèche à droite, intéressant toute la paroi utérine droite, jusqu'au-dessous de l'insertion des annexes droites ; le péritoine lombo-iliaque est décollé jusque dans la région lombaire. Pince sur le ligament infundibulo-pelvien et sur le ligament rond. On ne reconnaît pas l'artère utérine ; ce n'est que plus tard que l'on constate que le décollement du péritoine l'a repoussée à droite et en arrière de l'utérus et qu'elle a été pincée en même temps que l'artère utéro-ovarienne. Ablation de l'utérus. Réfection du péritoine dans toutes les zones de décollement. Abouchement du moignon cervical à la paroi : fixation par deux points latéraux et un point postérieur au catgut n° 3. Ligature des pédicules vasculaires.

Un drain avec deux mèches est glissé dans le vagin à travers le moignon cervical. Un drain dans le foyer de rupture droit ; un drain dans le Douglas ; un drain dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Suture de la paroi abdominale aux fils d'argent. Points complémentaires à la soie.

Durée de l'opération : une heure quinze.

Au moment de la suture pariétale, état syncopal de la femme : pouls imperceptible. Injection de sérum : 300 gr. Injection d'huile camphrée. Après l'opération : pouls, 120, bien frappé.

9 décembre. — Phlébite gauche : le membre est mis dans une gouttière. Pansement par M. Couvelaire : ablation des fils, changement de la mèche.

11 décembre, à 2 heures du soir. — La femme est prise d'un violent point de côté à droite. Dyspnée intense. On pose des ventouses sèches. Nuit mauvaise. Pouls 120. Injection d'huile camphrée. Sirop de morphine.

12 décembre. — L'état est le même. Le pouls à 128. Ventouses scarifiées.

Huile camphrée. Morphine. S. A. 80 c.

13 décembre. — Morte à six heures du matin.

Observation 1963 (25 décembre 1910)

Siège incliné. — Opération de Porro. — Enfant vivant de 3.530 grammes, mort quatre jours après

Primipare de trente-quatre ans, couturière, ayant eu ses dernières règles du 5 au 10 mars 1910, entre au dortoir le 24 octobre 1910. Elle présente une scoliose dorsale supérieure à concavité tournée à gauche. Cette déviation aurait apparu vers l'âge de onze ans et demi, subitement, sans aucun phénomène douloureux. Le port d'un corset orthopédique pendant de longs mois reste sans influence, et la déviation s'accentue progressivement jusqu'à l'âge de vingt ans où elle semble avoir atteint son maximum, l'épaule droite est alors très remontée, après vingt ans, la déformation s'atténue peu à peu ; il ne subsiste plus à présent qu'une scoliose droite relativement peu accentuée. On ne relève aucune trace de rachitisme.

Examen obstétrical. — Malformation utérine très marquée : H. U. 30 centimètres, corne droite 33 centimètres, corne gauche 30 centimètres.

Position franchement transversale, tête dans le flanc gauche ; siège dans le flanc droit. Auscultation bonne. Le fœtus est orienté nettement, parallèlement au grand bassin.

26 octobre. — M. Couvelaire tente la version et ne réussit qu'imparfaitement à ramener la tête au-dessus du détroit supérieur qu'il faut maintenir à l'aide d'une ceinture eutocique et d'un gros tampon d'ouate.

12 novembre. —*Examen de M. Pinard.*—Présentation en écharpe. Siège dans la fosse iliaque droite.Tête dans l'hypocondre gauche.

Il conseille de ne faire aucune tentative nouvelle de version, et de maintenir seulement la tête à l'aide d'une ceinture eutocique et de deux gros tampons. Il donne l'indication d'attendre le travail et si quelque indication naît du côté de la mère ou de l'enfant, extraire l'enfant par la voie haute.

1er décembre. — Le siège à présent est en bas et bien d'aplomb au-dessus du détroit supérieur. La tête est dans le flanc gauche.

25 décembre, 4 heures du matin. — Début du travail.

10 heures du matin. — Contractions utérines espacées, toutes les dix minutes environ. Présentation très franchement transversale du fœtus : siège dans le flanc droit, tête dans le flanc gauche ; dos en avant. Bruits du cœur bons au-dessus et à droite de l'ombilic.

Toucher. — Col en voie d'effacement on sent un petit membre dans le segment inférieur.

Sous l'influence des contractions, toutes les huit minutes

environ, le siège s'abaisse, et à 2 h. 30 du soir, il est bien franchement d'aplomb au niveau du détroit supérieur, où on le maintient par une ceinture de flanelle et deux gros tampons d'ouate.

Le foyer d'auscultation est demeuré à droite et à la hauteur de l'ombilic. Bruits du cœurs bons.

Toucher. — Dilatation lenticulaire. Membranes intactes.

5 heures du soir. — Le siège est toujours d'aplomb au détroit supérieur. Bruits du cœur bons. Dilatation : 1 franc.

8 h. 30 du soir. — Siège d'aplomb. Dilatation un peu plus de 2 francs. Rupture précoce et spontanée de la poche des eaux : liquide opalescent. Bruits du cœur bons.

Les contractions se rapprochent, toutes les cinq minutes environ.

9 h. 15 du soir. — Dilatation une petite paume. Siège d'aplomb au détroit supérieur. Bruits du cœur bons. Pose d'un ballon vaginal de Champetier de Ribes de 500 gr.

10 h. 45 du soir. — Le ballon est expulsé. Siège toujours d'aplomb. On sent deux pieds dans le vagin. Dilatation : un peu plus d'une petite paume. Contractions toute les cinq minutes.

Minuit. — La dilatation n'a pas progressé. Le siège a tendance à fuir vers la fosse iliaque droite. Le pouls est monté à 120, température 37°4.

26 décembre, 1 heure du matin. — Examen de M. Lacasse.

Le siège est dans la fosse iliaque droite. Bruits du cœur bons.

Toucher : dilatation d'une petite paume. Les deux pieds sont dans le vagin. Pouls 120-128.

M. Couvelaire est mis au courant de la situation : *l'incli-*

naison du siège, l'état stationnaire de la dilatation, font penser que l'expulsion spontanée d'un enfant vivant est improbable et que la *voie haute* doit être employée ; mais les manœuvres nécessitées par la pose du ballon, la présence des deux pieds dans le vagin, membranes rompues, font écarter la césarienne conservatrice, et une *opération de Porro* est décidée.

2 h. 30 du matin. — Opération par M. Lacasse aidé par M. Pottet. Laparotomie verticale, incision de 15 centimètres environ. On tente d'extérioriser l'utérus, mais infructueusement, en raison de la prédominence de son diamètre transversal. Agrandissement de l'incision cutanée. Extériorisation de l'utérus. Il apparaît très nettement cordiforme, très développé dans le sens transversal. La tête est dans la corne gauche.

Incision verticale et médiane de la paroi utérine antérieure. Le placenta est inséré sur la face antérieure ; on le récline et, passant au-dessous, on procède à l'extraction du fœtus, pesant *3.530 grammes*, qui crie aussitôt.

Décollement rapide du placenta et des membranes : extraction.

Pose du lien élastique et d'une broche au-dessus de lui. Pose du serre-nœuds ; un fil de soie n° 3 est posé sur lui. Section transversale de l'utérus. Une soie n° 3 est placée de chaque côté sur les pédicules vasculaires au-dessus du lien élastique.

Fixation du moignon à la paroi par un fil de soie n° 3 en avant et en arrière.

Suture de la paroi abdominale : un surjet péritonéal au

catgut n° 2. Points musculaires séparés au catgut n° 2. Suture de la peau au crin de Florence.

Durée de l'opération : vingt-cinq minutes.

26 au 27 décembre. — Commence à uriner seule dans la matinée du 26. Urines sanglantes. Pas de gaz. Pouls 100.

Morphine 1/4 de piqûre dans la journée. Une piqûre dans la nuit. Repose bien.

27 au 28 décembre. — État général bon. Mauvaise nuit. Vomissements.

28 au 29 décembre. — Quelques gaz. Pouls 138, température 36°6. État général moins bon : la femme est légèrement prostrée. Subictère des conjonctives, distension considérable de l'estomac, mais la langue est bonne. Ventre souple.

Purge, eau de Sedlitz. Les gaz sont abondants. Lavement purgatif. Sérum : 300 grammes. Urines : 600 grammes, sanglantes, dépôt uratique considérable.

4 heures soir. — Pouls 144. Gaz moins abondants. Pas de matières fécales. Vomissements porracés.

5 heures soir. — Pouls 140, petit. Température 36°2.

Ballonnement considérable du ventre surtout marqué dans la région épigastrique. Vomissements fécaloïdes. Lavement purgatif sans résultat.

5 h. 30 soir. — Lavage d'estomac qui ramène un liquide noirâtre.

8 heures soir. — Même état. L'estomac est moins distendu.

Sérum physiologique, 300 grammes. Huile camphrée 2 centimètres cubes. Pouls 140. Le facies se grippe. L'état général devient plus mauvais.

10 heures soir. — L'estomac est à nouveau distendu. Pouls 140, dépressible.

Anus artificiel dans la fosse iliaque droite en un temps. A l'ouverture du péritoine il s'écoule une très petite quantité de liquide, les anses intestinales ne sont pas rouges.

300 grammes de sérum pendant l'intervention ; huile camphrée 3 centimètres cubes.

L'état général va en se déprimant progressivement et la femme meurt le 29 décembre à 6 heures du matin.

(Enfant mort également quatre jours après la naissance.)

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Observation 624 (6 mai 1911).

Présentation du siège incliné. — Opération de Porro. Enfant vivant, 4.700 grammes.

IX-pare, trente-six ans, ménagère. Seuls ses antécédents obstétricaux offrent de l'intérêt. Elle est enceinte pour la neuvième fois. Les deux premières gestations se terminèrent par l'expulsion de fœtus morts et macérés ; puis six enfants naissent à terme, nous dit-elle ; elle aurait suivi un traitement spécifique pendant toute la durée de sa troisième grossesse ; sur ces six enfants, quatre sont vivants ; deux sont morts, l'un le lendemain de sa naissance, l'autre à dix-huit mois, de broncho-pneumonie. Ils étaient, paraît-il, tous volumineux à leur naissance.

Les dernières règles datent du 23 au 30 juillet 1910. Le 6 mai 1911, à 9 heures du matin, apparaissent les premières contractions utérines douloureuses.

Rupture précoce de la poche des eaux à 2 heures du soir. La sage-femme qui l'assiste, à Juvisy, l'amène elle-même à la clinique Baudelocque à 4 heures du soir, redoutant un accouchement dystocique.

Examen à l'entrée. — Femme obèse; facies vultueux; albumine, œdème des membres inférieurs et de toute la région sous-ombilicale.

Le fond de l'utérus s'élève à 41 centimètres au-dessus du pubis.

Le palper, rendu difficile par l'infiltration de la paroi abdominale, permet cependant de faire le diagnostic de présentation du *siège complet*, incliné vers la fosse iliaque gauche, enfant volumineux.

Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Au toucher, dilatation d'une petite pomme; on ne peut arriver sur l'orifice cervical qu'en pratiquant le toucher normal et en introduisant dans le vagin la main et la moitié de l'avant-bras.

La paroi antérieure du vagin forme une poche très volumineuse constituée par la vessie pleine; celle-ci vidée, on arrive facilement sur l'orifice cervical regardant d'arrière en avant et de droite à gauche, où le doigt perçoit du tissu cicatriciel, reliquat d'une déchirure ancienne, allant jusqu'au cul-de-sac vaginal. Le liquide amniotique qui s'écoule est fortement teinté de vert.

MM. Lacasse et Pottet pensent qu'il y a lieu de pratiquer immédiatement une opération de Porro, préventive d'une rupture utérine spontanée ou au moment de l'extraction, que peuvent faire redouter la grande multiparité de la femme, le volume de l'enfant et la présentation irrégulière.

M. Couvelaire, prévenu, se range, après examen, à la même opinion.

5 heures soir. — Opération de Porro classique par M. Lacasse, aidé de M. Pottet. On extrait un enfant vivant du poids de *4.700* grammes ; poids du placenta : *650* gr.

La mère a allaité son enfant.

Une phlegmatia alba dolens de la jambe droite est apparue chez la mère le 15 mai sans réaction générale notable. Application de la solution suturée au chlorhydrate d'ammoniaque, immobilisation du membre.

20 mai. — Éruption due au chlorhydrate ; on cesse le traitement.

2 juin. — Le membre inférieur gauche enfle à son tour. Pas d'élévation locale de température, pas de douleurs.

22 juin. — Bon état général. Léger massage des deux membres inférieurs.

30 juin. — La femme commence à se lever. Elle marche bien. Pas de douleurs.

Observation 767 (3 juin 1911)

Siège incliné. — Membranes rompues. — Opération de Porro. — Enfant vivant 4.440 grammes

XI-pare, quarante-trois ans, ouvrière en chaussures. Sa cinquième et sa huitième gestations se sont terminées par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré, dont une fois à Baudelocque.

Quatre fois les enfants naquirent vivants, chez elle ; une fois l'enfant se présentant par le siège, mourut pendant le

travail. Trois fois elle accoucha à terme à Baudelocque ; en juin 1899, présentation du sommet ; application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion ; enfant vivant pesant 3.900 grammes ; placenta 670 grammes.

Octobre 1905. — Présentation du sommet ; expulsion spontanée d'un fœtus vivant pesant 4.400 grammes ; placenta, 560 grammes.

Mai 1908. — Présentation du siège complet ; enfant vivant pesant 4.440 grammes ; placenta, 570 grammes.

Des sept enfants nés vivants, trois vivent encore ; deux sont morts de coqueluche ; un de rougeole ; un autre à dix-neuf mois de cause inconnue.

Les dernières règles datent du 9 au 12 août 1912. Elle n'a pas consulté pendant sa grossesse. Les membranes se rompent prématurément le 30 mai 1911. La femme ne peut préciser la date d'apparition des contractions utérines douloureuses.

Elle entre à la clinique Baudelocque, le 3 juin à 5 heures du soir.

Examen à l'entrée : femme obèse ; large éventration. Utérus pendulum : œdème sus-pubien. Le fond de l'utérus redressé s'élève à 38 centimètres au-dessus de la symphyse.

Au palper, on diagnostique une présentation du siège complet incliné vers la fosse iliaque gauche ; gros enfant.

Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Au toucher : orifice dilatable comme 5 francs ; cicatrice sur le bord gauche, longue de 2 centimètres environ. Les membranes sont rompues ; le doigt arrive sur un pied au niveau de l'orifice, pied dont les dimensions paraissent considérables.

La grande multiparité de la femme, le volume de l'enfant, sa présentation, le tissu cicatriciel de l'orifice déterminent M. Lacasse à pratiquer aussitôt une opération de Porro.

Laparotomie, le 3 juin à 8 heures du soir : opérateur, M. Le Masson : aide, M. Lacasse. L'incision de l'utérus montre que sa paroi est d'une minceur extrême. L'enfant est extrait vivant ; il pèse 4.440 grammes ; le placenta pèse 650 grammes. Après la pose du lien élastique, du serre-nœuds et des broches, au moment de placer les fils de sûreté sur les pédicules vasculaires, brusquement le lien élastique casse au niveau de la face postérieure du moignon ; les tranches de section des ligaments larges s'étalent aussitôt en éventail au dehors. Le moignon utérin est attiré en haut par des pinces de Museux, et un second lien élastique est mis en place ; puis on pratique le pincement des vaisseaux des tranches de section du ligament large, et leur ligature par des points en U ; le moignon est fixé au péritoine pariétal par quatre points à la soie aux quatre pôles du moignon, et la paroi abdominale suturée. Le tout a duré une heure. Un quart d'heure s'était écoulé depuis l'incision abdominale jusqu'à l'incident opératoire.

Suites opératoires parfaites ; la température n'a pas dépassé 37°4.

Le lendemain matin, la température de l'enfant s'est élevée à 38°4 ; puis le 3 juin à 39°4 ; elle a baissé progressivement et, le 9 juin, n'était plus que de 38°1. Nous attribuons cette hyperthermie à une broncho-pneumonie, due au séjour prolongé du fœtus dans un œuf ouvert depuis quatre jours.

Nous voyons, par l'examen de ces deux observa-

tions, que ces deux cas sont, pour ainsi dire, superposables : grande multiparité : neuvième et onzième grossesses ; même obésité ; même présentationdu siège incliné avec enfant volumineux ; membranes rompues avant l'entrée à la clinique, chez l'une depuis quelques jours, chez l'autre depuis deux heures ; chez toutes deux, cicatrices anciennes de l'orifice cervical.

Nous croyons que l'opération de Porro (la seule qui put être pratiquée, car il ne fallait pas songer à faire une opération césarienne conservatrice chez ces grandes multipares âgées,ayant un œuf ouvert), a seule permis d'avoir des enfants vivants.

Nous pensons qu'une rupture utérine était inévitable avant ou pendant l'extraction des fœtus, tuant certainement les enfants, exposant les mères aux dangers les plus grands.

Observation 1513 (octobre 1911)

Siège incliné dos à droite. — Enfant mort pendant l'extraction. — Craniotomie, extraction

VIII-pare, trente-huit ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et pathologiques.

Réglée à treize ans, régulièrement. Premiers rapports à vingt-quatre ans.

Sept accouchements antérieurs. Sommet spontané, à terme.

N'a pas été réglée de 1900 à 1909. Elle a toujours été

fécondée en allaitant. Elle dit avoir accouché d'enfants toujours volumineux, de 4 à 5 kilos (?)

Date des dernières règles : 2 au 7 janvier 1911. L'évolution de sa grossesse a été normale. Elle vient consulter pour la première fois, le 23 octobre 1911.

H. U. — 37 centimètres. Siège incliné, excès de liquide, enfant vivant.

24 octobre. — Début du travail à 3 h. 30 soir.

A 8 h. 30 entrée à la salle de travail. Examen : H. U. : 36 centimètres.

Le grand diamètre utérin (30 cm.) apparaît transversal.

Au palper. — Un pôle dans la fosse iliaque droite accompagné de petits membres, un pôle dans l'hypocondre gauche, un plan résistant regardant à droite et en haut, se continuant sans ligne de démarcation avec le pôle inférieur et séparé du pôle supérieur par un sillon, le sillon du cou.

Au toucher. — Dilatation complète. Poche des eaux intacte à travers laquelle on sent, très haut, un pied situé dans la moitié droite du détroit supérieur.

Auscultation : foyer maximum au-dessus de l'ombilic un peu à droite. Propagation des bruits du cœur en bas, obliquement vers la fosse iliaque droite.

Diagnostic : siège incliné, complet, dos à droite. Siège situé dans la fosse iliaque droite.

M. Champeaux fait des tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. Les contractions utérines sont assez fréquentes mais peu fortes. Le segment inférieur n'est pas distendu, l'enfant paraît volumineux, mais étant donné qu'il n'y a pas de crainte immédiate de rupture, qu'il n'y a pas de cicatrice au niveau de l'orifice cervical et que les

bruits du cœur ne sont pas excellents, on préfère l'extraction à une opération de Porro.

Chloroformisation. Rupture de la poche des eaux, liquide fortement teinté de méconium, un pied fait issue dans le vagin.

Extraction facile du fœtus (membres inférieurs et tronc). Difficultés pour extraire les bras qui sont relevés ; dégagement du bras postérieur puis de l'antérieur. La tête dernière défléchie est retenue par l'orifice cervical. Dégagement impossible, les battement du cordon disparaissent. M. Pottet perfore la tête dernière avec un basiotribe. Extraction de la tête dernière réduite. Vérification du col et du segment inférieur qui sont intacts. Suture d'une déchirure très superficielle du périnée au crin (3 crins).

Délivrance par expression française trente minutes après l'accouchement.

Poids de l'enfant : 3.750 grammes (moins une partie de la substance cérébrale).

Placenta : 650 grammes.

Nous nous permettons maintenant de mettre à côté de nos observations celle que le professeur agrégé Lepage a présentée à la Société d'obstétrique, gynécologie et pédiâtrie de Paris.

Observation I

(G. Lepage. — *Un cas d'opération césariennepour excès de volume du fœtus.*)

Il s'agit d'une femme âgée de trente-deux ans (n° 177 de 1911) enceinte pour la quatrième fois.

Elle a marché à quatorze mois. On ne relève dans ses antécédents qu'une fièvre muqueuse et la scarlatine dans l'enfance.

Elle a été réglée pour la première fois à douze ans ; les règles sont normales et durent quatre jours.

Les premiers rapports sexuels ont eu lieu à vingt-huit ans.

28 mai 1908. — Une première grossesse s'est terminée à la Maternité du boulevard Port-Royal par un accouchement assez pénible : envoyée chez une sage-femme agréée, cette femme a été ramenée à la Maternité pour lenteur du travail qui durait depuis trois jours ; l'enfant, un garçon, a été extrait à l'aide d'une application de forceps faite par le Dr Macé, accoucheur des Hôpitaux.

L'enfant, né en état de mort apparente, pèse 4.000 gr., il meurt trois heures après la naissance. Le placenta pèse 830 grammes. Les suites de couches ont été normales.

La même année, au mois de décembre, une seconde grossesse s'est terminée par un avortement de deux mois.

En 1909, troisième grossesse. Les dernières règles ont eu lieu le 28 janvier. Les mouvements actifs apparaissent le 15 juin.

Cette femme se présente en travail le 23 novembre à la Maternité de Boucicaut. Elle paraît bien portante. On ne trouve rien de particulier à signaler, ni du côté du squelette, ni du côté des viscères.

L'utérus est volumineux, le fond remonte à 40 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, paroi abdominale un peu épaisse. Le palper est difficile.

Les bruits du cœur sont normaux, le foyer d'auscultation est assez élevé, près de la ligne médiane. La dilatation est

de 5o centimes ; on n'atteint pas le promontoire ; il est impossible d'affirmer le diagnostic de la partie fœtale qui se présente, ni par le palper, ni par le toucher.

A 5 heures du soir, la dilatation est de 5 francs. La femme a des contractions très fortes et très énergiques. Dans la soirée, on lui donne un peu de chloroforme. A 10 heures du soir, la sage-femme de garde peut préciser le diagnostic. A travers la poche des eaux, la dilatation est d'une petite paume de main : elle sent une partie fœtale, irrégulière, élevée, et constate la présence de testicules.

Toute la nuit, la femme éprouve des douleurs très violentes, revenant toutes les cinq minutes, et qui nécessitent de temps à autre, l'administration de chloroforme.

A 3 heures du matin, la dilatation est d'une grande paume de main. Les bruits du cœur sont bons ; à 5 heures du matin, la dilatation est presque complète.

La sage-femme de garde, M^lle^ Loudig, affirme le diagnostic de présentation du siège décomplété mode des fesses. Les bruits du cœur sont toujours bons. A 6 h. 1/2, la dilatation est complète, M^me^ Chineau rompt les membranes ; le liquide s'écoule, peu abondant, de coloration vert olive.

T. : 37°6; P. : 84. Les bruits du cœur sont fréquents, à 165.

Le siège ne descendant pas et l'enfant commençant à souffrir, M. Lepage est appelé. A 7 h. 1/2 du matin, il fait endormir la femme, introduit la main gauche dans l'utérus pour aller à la recherche du pied antérieur ; il abaisse avec une certaine difficulté le membre inférieur gauche ; puis le siège descendant mal, va à la recherche du membre inférieur droit. L'extraction se fait lentement et péniblement.

Le bras postérieur est d'abord dégagé ; puis le bras antérieur ; manœuvre de Mauriceau.

Pendant l'extraction, il semble que l'utérus soit rétracté sur le fœtus ; cette constatation est faite surtout au moment du dégagement de la tête, qui présente beaucoup de difficulté. Circulaire du cordon qu'on sectionne.

La tête est enfin dégagée. L'enfant, du sexe masculin pèse 4 kgr. 450. On est obligé de le ranimer.

La délivrance artificielle est pratiquée à 7 h. 45. Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus. Injection intra-utérine d'eau iodée. Tamponnement intra-utérin. Une légère déchirure du périnée est suturée à l'aide de trois points.

L'enfant présente un peu de paralysie faciale ; on constate bientôt qu'il a un peu de paralysie du bras droit. Le soir, sa température est de 39 degrés ; le lendemain matin, la température est de 39°5. Déviation conjuguée du côté gauche de la tête et des yeux. L'enfant succombe à 11 heures du matin. Le résultat mauvais de cet accouchement, les difficultés très sérieuses éprouvées pour extraire le fœtus me firent penser que, si cette femme redevenait enceinte, il serait préférable, pour avoir la certitude d'avoir un enfant vivant, de recourir à l'opération césarienne.

Une nouvelle grossesse survint en effet en 1910. Les dernières règles ont lieu du 10 au 14 mai. Mouvements actifs vers le 10 septembre. Cette femme vient me consulter dans le courant de novembre et me rappelle la promesse, que je lui ai faite lors de son précédent accouchement, de recourir à l'opération césarienne si elle était enceinte.

Elle revint me consulter à deux ou trois reprises dans le

courant de janvier et refuse l'interruption de la grossesse. Elle se présente à la maternité de Boucicaut le 13 février à 1 h. 15 du matin, ayant quelques douleurs depuis 11 heures du soir. La hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 38 centimètres, tête non engagée en gauche transversale. Le col est long, l'orifice externe entr'ouvert ; les contractions sont rares et espacées ; l'enfant est vivant. Poche des eaux intactes. Température 37°1. Pouls 88.

Je suis prévenu de l'arrivée de cette femme vers 2 h. 1/4 du matin, mais, n'étant pas encore absolument décidé à recourir à l'opération césarienne, je préférais que la femme soit franchement en travail pour voir si l'engagement ne se produirait pas d'une façon suffisante pour espérer un accouchement par les voies naturelles. A 3 h. 1/2 du matin les contractions utérines deviennent plus fortes, plus fréquentes (toutes les cinq minutes). Le col est long, entr'ouvert comme 5 francs. A 4 h. 15, les contractions sont très violentes et très rapprochées. J'arrive à la maternité de Boucicaut à 5 h. 10. La poche des eaux est rompue depuis peu. La dilatation est à peu près complète. La tête haute paraît dure et très ossifiée ; elle est fixée au détroit supérieur et déborde légèrement la symphyse. Il semble cependant que la tête ait une certaine tendance à descendre et à s'adapter aux dimensions du bassin. Une heure auparavant, Mme Chineau avait trouvé la tête mobile au-dessus du détroit supérieur. L'enfant est volumineux.

Hésitant encore à recourir à la voie haute, je propose à la femme de tenter une application de forceps. Elle s'y refuse ou tout au moins déclare qu'elle ne veut se soumettre à cette intervention qu'avec la certitude qu'elle ne peut être préju-

diciable à l'enfant. Dans ces conditions l'intervention est décidée.

Elle est pratiquée avec l'aide de M. Fouquiau, interne du service ; M. Latour, externe, donne le chloroforme.

Incision de la paroi remontant à un large travers de main au-dessus de l'ombilic. La paroi abdominale est fortement adipeuse .Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus ; il est rapidement décollé pour extraire un fœtus du poids de 5 kg. 030. L'enfant crie aussitôt.

Hémorragie assez abondante au niveau des tranches de section de la paroi utérine, surtout sur la tranche droite, où un gros sinus donne un jet abondant de sang.

Après la délivrance, la cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée ; 4 points profonds sont faits avec du catgut chromé n° 2. Entre les points précédents plusieurs points de suture avec du catgut n° 1 et n° 2.

Légère hémorragie sous-péritonéale du côté droit de l'utérus arrêtée par un fin surjet. Suture de la paroi abdominale en deux plans avec catgut et crins.

Les suites opératoires sont à peu près complètement normales. La température reste inférieure à 37°3, sauf le quatorzième jour, où elle s'élève à 38°2. Il est probable que cette élévation est due à un point de suppuration, au niveau de la partie de l'incision située au-dessus de l'ombilic.

L'enfant a le lendemain de sa naissance une température de 38°2 le matin. et de 37°4 le soir ; il présente quelques légers mouvements convulsifs et un peu de raideur des membres. Au bout de quarante-huit heures, toute crainte à son sujet a disparu.

Les diamètres de la tête à sa naissance sont les suivants :

O. M 12.2 — O. F. 11.5 — S. O. B. 10 — S. O. F. 11.5 — Bi P. 9.8 — Bi T. 8.5 — S. M. B. 9.8.

Circonférences de la tête 33 et 35.

Le diamètre bi-acromial est de 13.8.

L'enfant; nourri au sein de sa mère, pèse à sa sortie 5 kg. 720. La femme quitte le service en bon état, le 6 mars. Le petit abcès de la paroi est en voie de cicatrisation. Elle est revue le 14 mars, la cicatrisation est complète.

M. Lepage ajoute : J'ai dit quelles avaient été mes hésitations à pratiquer l'opération césarienne chez cette femme dont le bassin est normal, ainsi que l'a montré la radiographie faite depuis son accouchement.

Les troubles du système nerveux qu'a présentés l'enfant pendant les quarante-huit heures qui ont suivi sa naissance montrent quels dangers il aurait couru s'il avait fallu terminer l'extraction par les voies naturelles, et m'ont un instant fait regretter de n'être pas intervenu plus tôt, c'est-à-dire au début du travail.

J'ai été encouragé, au point de vue de l'intervention, non seulement par la femme qui désirait à tout prix avoir un enfant vivant, mais par mon collègue et ami Rudaux qui m'a rappelé l'observation d'une malade qu'il avait bien voulu me montrer jadis, et qu'il a rapportée dans un artiele intitulé : « Indications de l'opération césarienne conservatrice », paru dans le journal *la Clinique*, 12 mars 1909.

Voici l'observation résumée, donnée par M. Rudaux :

Une femme de quarante ans est enceinte pour la seconde fois, la première grossesse remonte à dix-huit ans, la paroi abdominale très épaisse permet difficilement d'apprécier le volume du fœtus. Le travail se déclare à terme, la période d'effacement et la dilatation du col se fait normalement, la tête s'engage très lentement mais ne descend pas jusque sur le plancher périnéal. Après trois heures de période d'expulsion, des signes de souffrance du fœtus nécessitent une application de forceps ; la tête ne peut être extraite qu'avec beaucoup de difficultés. A ce moment, le fœtus a cessé de vivre, et il est absolument impossible d'en dégager les épaules.

La présence d'une extrémité céphalique volumineuse oblitérant l'orifice vulvaire empêche la pénétration de la main dans le vagin et on doit recourir à la décapitation pour pouvoir pénétrer dans l'excavation afin d'aller chercher les bras et les abaisser. Le fœtus est extrait après de nombreux efforts, il pèse plus de 11 livres.

Une nouvelle grossesse survient deux ans plus tard ; le développement fœtal est surveillé très attentivement, et à huit mois on décide de provoquer l'accouchement.

Un premier ballon est expulsé spontanément et le travail s'arrêta ; un deuxième ballon, plus volumineux, est introduit, mais les contractions sont rares et la dilatation ne se complète qu'au bout de quarante-huit heures. A ce moment, la femme placée dans les meilleures conditions, est anesthésiée ; on pratique une version par manœuvres internes

l'extraction est pénible, l'enfant meurt pendant l'intervention et il ne peut être ranimé malgré toutes les tentatives mises en œuvre : il pèse aussi près de 11 livres.

Les suites de couches furent normales dans les deux cas.

Le Dr Rudaux fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

« En présence de ce deuxième insuccès, qui date déjà de plusieurs années, il nous semble que, si une nouvelle grossesse se reproduit, l'opération césarienne serait seule capable de mettre au monde un enfant vivant, si celui-ci présentait un volume semblable aux précédents. »

J'ai tenu à rappeler ici l'opinion exprimée en 1909 par le Dr Rudaux : elle vient à l'appui de celle formulée par le Dr Demelin dans son rapport.

Toutefois, il y aurait danger à laisser croire que les gros enfants ne peuvent plus sortir vivants et viables par les voies naturelles : les indications exceptionnelles de l'opération césarienne pour excès de volume de fœtus doivent être surtout tirées de l'histoire des accouchements antérieurs et des difficultés rencontrées pendant l'extraction, par des médecins rompus à la pratique des accouchements. Il ne faut pas oublier, en effet, que, comme dans les rétrécissements du bassin, une expectation prudente est souvent préférable à une intervention hâtive lorsqu'il y a dystocie par excès de volume du fœtus, et il ne faudrait pas prendre pour des difficultés réelles, celles que l'on rencontre lorsqu'on

intervient avant que l'orifice utérin ne soit très complètement dilaté.

Discussion

M. Pinard. — Si j'ai demandé la parole, ce n'est pas du tout pour protester contre ce qui est dans le rapport de notre collègue Demelin, pas plus que pour contredire ce qui vient de nous être exposé par notre collègue Lepage, car je partage absolument leur manière de voir.

Je dois dire, qu'étant donnée la sécurité avec laquelle on a recours à l'accouchement par la voie haute, il y a là un nouveau chapitre qui doit être mis à l'étude. Jusqu'à présent, il faut bien le reconnaître, nos efforts s'étaient portés sur les cas de rétrécissement du bassin ; mais il est des cas où, avec un bassin normal, l'enfant, sans être hydrocéphale, est d'un volume excessif par rapport à un bassin offrant des dimensions considérées comme normales.

Mais alors, parce qu'il est accepté aujourd'hui par la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris que l'on peut et que l'on doit pratiquer l'opération césarienne dans certains cas, lorsque l'enfant aura été reconnu très volumineux, il me paraît absolument nécessaire de limiter ou plutôt de préciser cette indication et de bien montrer qu'elle n'est légitime que dans des conditions bien déterminées.

C'est pour cette raison que l'observation de Lepage, celle de notre collègue Rudaux sont extrêmement précieuses. Elles montrent que, dans certains cas, alors que la tête peut être extraite, il n'en est pas de même des épaules chez certains enfants.

J'ai souvenance d'avoir observé des faits semblables ou tout au moins analogues. Et il est certain que, si la femme compatriote de mon ami Champetier, chez laquelle un de nos confrères put faire passer la tête d'un enfant de 10 kilos, mais ne parvint pas à extraire immédiatement les épaules, était accouchée par la voie haute, l'enfant aurait vécu.

C'est véritablement un chapitre nouveau à établir et à préciser à l'aide de faits cliniques très bien observés. Et j'espère qu'avant longtemps les matériaux seront assez nombreux pour que l'on puisse formuler cette nouvelle indication de l'opération césarienne, avec les restrictions qu'elle comporte.

Or, à l'heure actuelle, il s'agit de savoir en restant sur le terrain clinique si cette opération peut et doit donner de bons résultats (dans le cas d'enfants volumineux se présentant par le siège).

Déjà, avec raison, je crois, on a préconisé l'opération césarienne pratiquée dans le but d'éviter une rupture de l'utérus. De plus, on a posé ici même la question de savoir si, dans certains cas, la procidence du cordon ne constituait pas une indication d'accouchement par la voie haute (or, les procidences sont fréquentes dans la présentation du siège). Si, aujourd'hui, la thérapeutique obstétricale est en

pleine évolution, grâce à l'obstétricie opératoire, si je suis le premier à reconnaître, à proclamer qu'il y a là un progrès, je demande que l'on soit bien éclairé sur les conditions qui peuvent permettre de faire mieux qu'autrefois car, sans ces clartés, je crains que les désastres ne soient plus fréquents que les succès.

TRAITEMENT

De toutes les observations d'enfants volumineux se présentant par le siège, que nous avons recueillies à la clinique Baudelocque, il s'ensuit que dans la majorité des cas le bassin étant normal, l'accouchement par les voies naturelles a été la règle.

Mais nous avons vu que la mortalité fœtale pendant le travail était relativement considérable, 4 morts sur 12 dans la présentation du siège complet chez les primipares et 9 morts sur 52 dans la même présentation chez les multipares.

Pour le siège décomplété on trouve 7 morts pour 38 chez les primipares et 9 morts sur 63 chez les multipares.

Peut-on améliorer cette mortalité en la réduisant? Potocki conseille l'intervention chirurgicale. Mais c'est peut-être excessif, étant donnés les risques maternels d'autant qu'on ne se résoudra à intervenir qu'au cours du travail, le fœtus ayant peut-être déjà souffert.

Cependant il est des cas où l'excès de volume fœtal peut être une cause de dystocie grave. Il est alors plus rationnel d'éviter les risques considérables qu'inflige à la mère et au fœtus une pénible extrac-

tion par les voies naturelles en employant d'emblée la voie haute. Et ici nous ne faisons que suivre les indications de notre maître, le professeur Pinard, disant qu'en présence des dangers de l'accouchement chez les grandes multipares lorsque le fœtus est volumineux et la présentation irrégulière, il n'hésiterait pas à pratiquer l'*opération césarienne* sans attendre que se produisent les symptômes prémonitoires de rupture.

Toutefois, et c'est le point essentiel à retenir, *une telle indication est en pratique exeptionnelle en cas de gros fœtus avec bassin normal. Elle ne saurait guère être posée que s'il existe des circonstances adjuvantes qui la commandent véritablement :* présentation du siège incliné avec insuffisance de dilatation, grande multiparité, œdèmes péricervicaux, distension du segment inférieur faisant redouter une rupture utérine.

Il est d'ailleurs souvent délicat de savoir, en présence d'un cas donné, dans quelle mesure il faut tenir compte d'une ou de plusieurs de ces conditions pour se déterminer à intervenir ou non.

Aussi comprendra-t-on pourquoi le traitement de la dystocie par excès de volume fœtal, dans les cas de présentation du siège, ne peut obéir à des règles fixes.

Chez les *primipares* à col souple, non œdématié, il sera souvent préférable de laisser l'accouchement se faire par les voies naturelles. Mais il sera toujours de règle de préparer le passage au corps du fœtus

par la dilatation préalable du bassin mou à l'aide d'un ballon de Champetier, gros modèle : c'est la technique qui a été suivie à la clinique Baudelocque et qui a permis d'extraire plus rapidement des fœtus volumineux.

Chez les *multipares*, au contraire, et surtout chez les grandes multipares obèses, à col usé ou présentant du tissu cicatriciel ou de l'œdème, et particulièrement dans les présentations de *siège incliné*, dans la crainte de voir une rupture utérine se produire pouvant entraîner à un pronostic fâcheux pour la mère et pour l'enfant, l'opération par la voie haute semble nettement indiquée.

Ce sera, selon les cas, une opération césarienne conservatrice ou une opération de Porro.

Si les membranes se sont rompues prématurément et si, malgré l'injection préventive de sérum antistreptococcique qu'on doit systématiquement pratiquer en cette occasion, on craint des risques d'infection pour la mère, l'opération mutilatrice de Porro deviendra le traitement de choix.

Dans le cas d'œuf intact, avec une paroi abdominale présentant de bons tissus on pratiquera la césarienne conservatrice.

RÉSUMÉ

Des travaux de statistique auxquels nous nous sommes livré, il résulte que sur un total de 45.255 accouchements ayant eu lieu à la clinique Baudelocque.

Le pourcentage de la présentation du siège en général est de : 2,8 o/o.

Le pourcentage de la présentation du siège volumineux : 0,36 o/o.

Le pourcentage du nombre des primipares sur 1.302 accouchements par le siège est de : 49,3 o/o.

Le pourcentage du nombre des multipares : 50,6 o/o.

On remarque qu'il y a presque égalité.

Dans les cas de sièges volumineux sur un total de 165 accouchements, on trouve :

Primipares : 30,3 o/o
Multipares : 69,6 o/o

Ce qui montre que cette présentation est plus fréquente chez les multipares, plus du double.

Au point de vue de la variété de présentation, on trouve :

Sièges complets : Primipares : 12 sièges pour 50 soit 24 o/o.

— Multipares : 52 sièges pour 115 soit 45,2 o/o.

Sièges décomplétés : Primipares : 38 pour 50 soit 76 o/o.

— Multipares : 63 pour 115 soit 54,7 o/o.

Accouchements spontanés : 126 pour 165 accouchements, 76,3 o/o.

Primipares : 70 o/o

Multipares : 79,1 o/o

Mortalité fœtale : Primipares : 5 pour 35 accouchements.

— Multipares : 7 pour 91 accouchements.

Mortalité maternelle : Primipares : o.

— Multipares : o.

Accouchements artificiels (*interventions*) : 31 pour 165 accouchements, 18,7 o/o.

Primipares : 22 o/o

Multipares : 17,3 o/o

Mortalité fœtale : Primipares : 6 pour 11 accouchements.

— Multipares : 2 pour 20 accouchements.

Mortalité maternelle : Primipares : o.

— Multipares : 2 pour 100 accouchements.

Basiotripsies : 2 pour 165 accouchements.

Craniotomie : 3.

Opération de Porro : 3.

Mortalité maternelle globale : 2 pour 165 : 1,2 o/o.

Mortalité fœtale: Primipares:

	12 sièges complets:		4 morts
	38 «	décomplétés:	7 morts
Pour	50		11 morts

ce qui donne 22 o/o (Porak 11 o/o).

Multipares:

	52 sièges complets:		9
	63 «	décomplétés:	9
Pour	115		18

Soit: 15,6 o/o (Porak 3,33 o/o).

Durée totale du travail.

Primipares :	Siège complet.....	11 h. 21'
—	Siège décomplété.....	17 h. 5'
Multipares :	Siège complet.....	9 h. 1'
—	Siège décomplété.....	10 h. 47'

Durée de la période d'expulsion.

Primipares :	Siège complet.....	1 h. 0' 37"
—	Siège décomplété.....	1 h. 27'
Multipares :	Siège complet.....	21' 5"
—	Siège décomplété.....	43' 45"

Si on rapproche ces chiffres de ceux que nous donnent Ribemont et Lepage comme exprimant la durée du travail en présentation du sommet chez les primipares et chez les multipares:

Primipares : durée totale du travail..	12 à 14 heures
Multipares : durée totale du travail..	6 à 8 heures

Nous voyons qu'ils se rapprochent sensiblement de ceux par nous obtenus, sauf en ce qui concerne la durée du travail chez les multipares. Cette durée est en effet un peu plus longue dans la présentation du siège d'enfants volumineux.

Quant à la durée de la période d'expulsion, il semble qu'elle soit beaucoup plus courte dans la présentation de l'extrémité pelvienne.

Nos chiffres mis en regard de ceux fournis par Bataillard (Thèse de Paris, 1888) comme indiquant la durée *minimum* de la période d'expulsion dans la présentation du sommet.

Primipares	50'
Multipares	25'

montrent qu'il y a à peu près égalité, mais que dans la présentation du siège complet chez les multipares, la durée de la période d'expulsion est nettement plus courte.

Cette durée plus courte de la période d'expulsion, dans les présentations du pelvis, même dans le cas de fœtus volumineux tient vraisemblablement à ce qu'on se trouve, dans la majorité des cas, dans la nécessité d'intervenir pour l'extraction de la tête, cette dernière partie de l'accouchement étant rarement abandonnée aux seules forces de la nature.

Depuis 1905, on a institué chez les primipares le *traitement prophylactique* consistant à introduire dans le vagin un ballon dilatateur incompressible de

Champetier de Ribes, afin de dilater les parties molles, ce qui permet de réduire la durée du travail et évite en notable proportion la compression prolongée du corps du fœtus pendant la traversée du bassin mou.

Sur un total de 21 accouchements d'enfants volumineux se présentant par le siège chez des primipares, on a introduit 11 ballons, ce qui donne un pourcentage de 52,38 o/o.

1905 :	sur	4	accouchements	1	ballon
1906 :	sur	0	—	0	—
1907 :	sur	5	—	1	—
1908 :	sur	3	—	3	—
1909 :	sur	2	—	0	—
1910 :	sur	2	—	1	—
1911 :	sur	5	—	5	—
	sur	21	accouchements	11	ballons

Soit : 52,38 o/o.

Chez les *multipares* on n'a introduit que 2 ballons, ce qui, sur un total de 55 présentations du siège depuis 1905, donne un pourcentage de 3,6 o/o.

Enfin, si nous tenons compte des accouchements faits depuis 1899 par les sages-femmes agréées de la clinique Baudelocque, le nombre total d'accouchements s'élève alors à 56.814 et le pourcentage de la présentation du siège en général tombe à 2, 2 o/o.

Le pourcentage de la présentation du siège volumineux s'abaisse à 0,29 o/o.

CONCLUSIONS

1° Lorsque l'enfant se présente par le siège et qu'il est volumineux, ses risques de mortalité pendant le travail sont relativement considérables :

Chez les primipares..... 22 o/o
Chez les multipares..... 15,6 o/o

2° Dans ces mêmes conditions les risques courus par la mère ne sont en général pas notablement accrus :

Mortalité maternelle :

primipares..... o
multipares..... 1,2 o/o

3° Dans la plupart des cas, l'accouchement a été *spontané :* 76,3 o/o

primipares..... 70 o/o
multipares..... 79,1 o/o

ou bien il s'est terminé par les voies naturelles : 18,7 o/o

primipares..... 22 o/o
multipares..... 17,3 o/o

4° Dans certains cas exceptionnels, présentations atypiques (siège incliné) chez de grandes multipares présentant des cicatrices cervicales ou des menaces de ruptue utérine au cours du travail, il sera indiqué de pratiquer l'accouchement par section césarienne abdominale.

Vu : le Président de thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hippocrate. — De Morbis mulierum, art. 4, liber II.

Ambroise Paré. — Œuvres complètes, t. II.

Bourgeois (Louise). — Observations diverses, chap. VII, p. 41.

Guillemeau. — De la grossesse et de l'accouchement. Paris, 1643, liv. II, chap. I, p. 143.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1861, t. I, liv. II, p. 207 et suiv.

Peu. — La Pratique des accouchements. Paris, 1664, chap. XI, p. 421 et chap. XII, p. 429.

Portal. — La Pratique de l'art des accouchements. Paris, 1685, p. 30.

De Deventer (Henry). — Observations importantes sur le manuel des accouchements, 1733, chap. XLV, p. 267.

Pugos. — Traité des accouchements. Paris, 1759, pp. 185 et 189.

De la Motte. — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. Paris, 1765, chap. XVII, p. 486 ; chap. XXV, p. 893.

Rœderer. — Éléments de l'art des accouchements. Paris, 1765, trad. franç., pp. 333, 339 et suiv.

Smellie. — Traité de la théorie et pratique des accouchements, trad. franç. de M. de Préville. Paris, 1754, p. 325.

Levret. — Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux, p. 46.

Baudelocque (J.-L.). — L'Art des accouchements. Paris, 1789, pp. 514, 537, 547 et suiv.

Lachapelle (Mme). — Pratique des accouchements, t. II. Paris, 1820. IVe mémoire, p. 57.

Boivin (Mme). — Mémoire de l'art des accouchements, 4e édition, Paris 1836.

Velpeau, — Traité complet d'accouchements, p. 531.

Dugès. — Manuel d'obstétrique. Paris, 1840, p. 110 et suiv.

Dubois (Paul). — Mémoires de l'Académie de médecine. Paris 1833, t. III, p. 450 et 500.

Hubert, de Louvain.— Cours complet d'accouchement, 1878, p. 442.

Moreau. — Traité d'accouchements. Paris 1840.

Nœgele et Greuser. — Traduit par Aubenas, 1880.

Chailly-Honoré. — Traité pratique de l'art des accouchements, Paris. 1842, p. 799 et s.

Cazeau. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. 9e édition Paris, 1874, p. 349 et suiv.

Joulin. — Traité complet d'accouchements, p. 561 et suiv.

Jacquenier. — Traité d'obstétrique. Paris 1846, p. 611 et suiv.

Depaul. — Leçons de clinique obstétricale. Paris 1872-1876, p. 537.

Karl Schrœder. — Manuel d'accouchements. Trad. Charpentier. Paris, 1876, p. 178.

Playfair. — Traduction Vermeil, 1878.

Tarnier et Chantreuil. — Traité d'accouchements. Paris, 1881.

Ribemont et Lepage. — Traité d'accouchements. Paris 1894.

Pinard (A.). — Palper abdominal, 1889.

Cocagne. — Du pronostic dans la présentation du siège. Thèse de Paris, 1895.

Néret. — De la présentation du siège. Thèse de Paris, 1899.

Rudaux (P.). — Indications de l'opération césarienne conservatrice (la Clinique, 12 mars 1909, p. 171 et suiv.).

— Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiâtrie, mars 1911, p. 65 et suiv.).

— Dystocie par excès de volume du fœtus. Discussion à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris, février-mars 1911. Rapport de Demelin.

Lepage. — Société d'Obstétr. et de Pédiâtrie (Un cas d'opération césarienne pour excès de volume du fœtus, p. 77 et suiv.).

Potocki. — Mémoire (Compte rendu de la Société d'obstétrique et pédiâtrie 1908, X, p. 209-223.).

Lacasse-Pottet et Le Masson. — Deux cas d'opération de Porro pour dystocie par gros enfant se présentant par le siège incliné chez de grandes multipares (Communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris, 12 juin 1911, juillet 1911, p. 219 et suiv.).

Lacasse et Pottet. — Dystocie par excès de volume du fœtus, se présentant par le siège, chez une grande multipare. Rupture utérine. Hystérectomie. Mort tardive au dix-huitième jour.

Lepage. — Note sur les indications de l'opération césarienne (Compte rendu de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris, 1908, X, p. 188-191).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, Rue Racine, Paris — 1616-12